

Univerzita Karlova v Praze

Pedagogická fakulta

Katedra psychologie



BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Pozitivní aspekty depresivní poruchy na sociální kognici

Positive aspects of depressive disorder on social cognition

Justýna Beránková

Vedoucí práce: doc. PhDr. Marek Preiss, Ph.D.

Studijní program: Psychologie

Studijní obor: Psychologie a speciální pedagogika

2016

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Pozitivní aspekty depresivní poruchy na sociální kognici vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze 11. dubna 2016

.....

Justýna Beránková

Na tomto místě bych chtěla poděkovat především doc. PhDr. Marku Preissovi, Ph.D. za ochotu, vstřícnost a odborné vedení práce, Mgr. Aleně Škaloudové, Ph.D. za pomoc při statistickém zpracování dat a své mámě za korektury.

Tato práce vznikla také za podpory projektu GAUK č. 239715 „Pozitivní vliv depresivní poruchy na komplexní analytické kognitivní schopnosti.“

ANOTACE

Cílem této práce je předložit netradiční pohled na depresivní onemocnění, jak ho vnímají evoluční psychologové. Důraz je kladen na nedávné výzkumy, které se zabývají pozitivním vlivem smutné nálady a depresivní poruchy na sociální kognici. Na zahraniční studie navazuje vlastní kvantitativní výzkum. Výzkumná skupina jedinců s hlavní diagnózou deprese ($n = 41$) a kontrolní skupina ($n = 41$) byla vyšetřena stupnicí Montgomeryho a Åsbergové, Beckovou sebesupozovací škálou depresivity pro dospělé, Schwartzovou škálou a dvěma originálními metodami, které vznikly pro účel tohoto výzkumu. Metody obsahují videonahrávky – Pravda nebo lež a Schůzka na slepo, které se zaměřují na schopnost participantů odhadnout danou sociální situaci.

KLÍČOVÁ SLOVA

depresivní porucha, evoluce, analyticko-ruminační teorie, sociální kognice

ANNOTATION

The aim of this thesis is to present an unusual view on depressive disorder from the perspective of evolutionary psychologists. Recent studies which are engaged in a positive impact of sad mood and depressive disorder on social cognition are presented. These studies are followed by our own quantitative research. Research group of patients with primary diagnosis of depression ($n = 41$) and control group ($n = 41$) were examined by Montgomery and Åsberg Depression Rating Scale, Beck Depression Inventory, Schwartz scale and two original methods, that were created for the purpose of this research. Methods include two videotapes – True or False and Speed Dating which focus on the ability of participants to estimate the given social situation.

KEYWORDS

depressive disorder, evolution, analytical rumination theory, social cognition

Obsah

I.	ÚVOD	7
II.	TEORETICKÁ ČÁST	8
1	Deprese	8
1.1	Vymezení deprese	8
1.2	Výskyt a průběh deprese	9
1.3	Klasifikace deprese.....	10
1.3.1	Deprese dle MKN-10	10
1.3.2	Deprese dle DSM-V	11
1.4	Diagnostika deprese	12
1.5	Léčba deprese	13
2	Teorie deprese	15
2.1	Evoluční teorie deprese	16
2.1.1	Teorie citové vazby	16
2.1.2	Etologické studie dominance a submise	16
2.1.3	Teorie sociálního rizika.....	17
2.1.4	Analogie tělesné a psychické bolesti.....	17
2.1.5	Analytická ruminační teorie	18
3	Deprese a sociální kognice.....	21
3.1	Vymezení sociální kognice	21
3.2	Sociální schémata	22
3.3	Sociální kognice a afekt	23

3.3.1	Kognitivní výhody negativní nálady	25
3.4	Vliv deprese na sociální kognici	27
3.4.1	Pozitivní vliv deprese	29
III.	EMPIRICKÁ ČÁST	31
4	Cíl výzkumu	31
5	Hypotézy	32
6	Metodologie	33
6.1	Výzkumný soubor	33
6.2	Metody sběru dat	34
6.2.1	MADRS: Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale	35
6.2.2	BDI-II: Beckova sebeposuzovací škála depresivity pro dospělé	35
6.2.3	SOS-10: Schwartzova škála	35
6.2.4	Pravda nebo lež	36
6.2.5	Schůzka na slepo	37
6.3	Výzkumný postup.....	38
7	Výsledky	40
8	Diskuze.....	53
IV.	ZÁVĚR	56
	Literatura	57
	Seznam tabulek a grafů	60
	Seznam příloh.....	62
	Přílohy	63

I. ÚVOD

Deprese je v současné době jedním z nejrozšířenějších onemocnění a podle prognózy Světové zdravotnické organizace bude výskyt depresivní poruchy stále narůstat. Je ale možné, aby onemocnění, které zahrnuje tak velké utrpení, nekončící smutek a neschopnost se z čehokoliv radovat, skýtalo i nějaká pozitiva?

Tuto otázku si kladou převážně psychologové, kteří tíhnou k evolučnímu výkladu lidského chování a prožívání. Jelikož není příčina deprese doposud zcela jasná, pokusili se ji tito teoretici vysvětlit z hlediska evoluční psychologie. Nejobsáhlejší prací na toto téma je přehledová studie Paula W. Andrewse a J. Andersona Thomsona s vystihujícím názvem *The Bright Side of Being Blue*, ve které autoři předkládají, jaký má deprese pro náš život význam a jaké mohou být její pozitivní aspekty.

Řada autorů se domnívá, že smutná nálada či deprese může pozitivně ovlivňovat i tak důležitou součást lidského bytí jako je sociální kognice, tedy to, jak vnímáme a hodnotíme sociální svět kolem nás. Cílem předkládané práce je přiblížit tento sporný názor a ukázat jiný možný pohled na depresivní onemocnění.

Práce je standardně rozdělena na teoretickou a empirickou část. V teoretické části se nejdříve pokusím shrnout, co to deprese vůbec je a jak se projevuje. Jak ji v současné době klasifikujeme, diagnostikujeme a především léčíme, s ohledem na nové poznatky soudobé psychopatologie a psychiatrie. Dále se budu věnovat teoriím, které se zabývají původem a významem deprese pro lidský život, především pak teoriím evolučním. Následně přiblížím pojem sociální kognice a to, jakou roli hrají v tomto konceptu emoce, konkrétně smutná nálada. Na závěr teoretické části shrnu výzkumy, které se zabývají právě tématem pozitivního vlivu depresivní poruchy na kognitivní funkce a z toho vyplývající možné výhody tohoto závažného onemocnění.

V empirické části práce popíši kvantitativní výzkum uskutečněný v Národním ústavu duševního zdraví, kterého jsem měla tu možnost se zúčastnit. Předložím výsledky výzkumu a pokusím se o následnou diskuzi.

II. TEORETICKÁ ČÁST

1 Deprese

Depresí, dříve známou pod názvem melancholie, se zabývali už lékaři starověkého Řecka a Říma jako byli Hippokrates nebo Galenos. Později melancholii zařadil německý psychiatr Emil Kraepelin do svého klasifikačního systému ve významném díle *Psychiatrie* (Höschl, Libiger & Švestka, 2004). Nicméně, i když se touto poruchou odborníci zabývají tak dlouho, stále máme kolem deprese mnoho nevyřešených otázek.

1.1 Vymezení deprese

Deprese se řadí mezi afektivní poruchy (poruchy nálad). Jde o duševní stav charakterizovaný smutnou náladou s neobvykle zvýšenou intenzitou, která trvá alespoň dva týdny, ztrátou zájmu nebo prožitku radosti, snížením energie a zvýšenou únavností (Svoboda, Česková & Kučerová, 2012). Od běžného smutku se deprese odlišuje jeho intenzivnějším prožíváním, dlouhodobým trváním a narušením každodenního fungování (Praško, Prašková & Prašková, 2003). K základním symptomům patří smutná nálada, ztráta zájmů a potěšení, snížení energie, pocity bezcennosti a viny až po myšlenky na smrt. Dále se deprese projevuje častými tělesnými příznaky, jako je nespavost, porucha chuti k jídlu, psychomotorický útlum či naopak agitovanost, sevření na hrudi, pocit těžkých nohou, sexuální dysfunkce, poruchy trávení a bolesti hlavy, kloubů a svalů (Höschl, Libiger & Švestka, 2004). Kromě nálady a tělesného fungování je zasaženo i myšlení, deprese se projevuje potížemi s pamětí, zhoršeným soustředěním a problémy rozhodovat se, vzácněji mohou být přítomná i bludná přesvědčení (Praško, Prašková & Prašková, 2003).

1.2 Výskyt a průběh deprese

V této práci se budu zabývat výhradně unipolární depresí u dospělých jedinců. Proto dále nebudu uvádět data o bipolární afektivní poruše či jiných afektivních poruchách. Deprese je nejčastější ze všech afektivních poruch a její výskyt se stále zvyšuje. Vyskytuje se dvakrát více u žen než u mužů. Svoboda, Češková a Kučerová (2012) uvádějí široká pásma 10–25 % u žen a 5–12 % u mužů v USA a v Evropě, nejnižší výskyt deprese je v Japonsku a Číně (1–2 %) a nejvyšší v Chile (27,3 %). U obou pohlaví se vrchol výskytu deprese pohybuje od 25 do 44 let. K rizikovým faktorům obecně patří sociální izolace, chudoba, příslušnost k minoritě, požívání návykových látek a výrazné změny v dosavadním životě jako je puberta, narození nového potomka nebo ztráta zaměstnání. U žen je zvýšené riziko v období šestinedělí, mateřské dovolené, klimakteria, po odchodu do důchodu nebo po ovdovění (Praško, Prašková & Prašková, 2003).

Průměrná doba trvání jedné depresivní epizody je čtyři až šest měsíců, u neléčených jedinců je to šest až dvanáct měsíců, mezidobí se označuje pojmem remise a trvá od několika měsíců až po několik let (Höschl, Libiger & Švestka, 2004). Rozvoj deprese bývá plíživý, většinou dochází před a na začátku epizody k nespavosti, především k rannímu brzkému vstávání, k pocitům úzkosti, napětí a únavy, jedinec si začíná všimnout, že není schopen prožívat radost, ztrácí schopnost soustředit se, cítí tlak a přetížení (Praško, Prašková & Prašková, 2003).

Největší rizika spojená s depresí jsou užívání návykových látek, zejména alkoholu, a sebevražedné chování. Depresivní lidé užívají alkohol častěji, a to zejména proto, aby se zbavili velkého napětí nebo aby smutek přepili či zaspali. Požívání alkoholu ale přináší pouze krátkodobou úlevu, následující den se deprese zpravidla výrazně zhorší. Navíc alkohol zvyšuje agresivitu, která může vést k nejhoršímu riziku, tedy k sebevraždě (Praško, Prašková & Prašková, 2003). Některé výzkumy tvrdí, že deprese je v pozadí 70 až 80 % dokonaných sebevražd, v českém prostředí má 40 % sebevrahů určenou nějakou psychiatrickou diagnózu. Ač depresí trpí dvakrát více žen než mužů, poměr vykonaných sebevražd má mezi ženami a muži opačný charakter, dlouhodobě je tento poměr 1 : 3 (Höschl, Libiger & Švestka, 2004).

1.3 Klasifikace deprese

U diagnostiky deprese se u nás opíráme hlavně o dva klasifikační systémy. Nejrozšířenější je 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) a následuje Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch, 5. revize (DSM-V), který vydává Americká psychiatrická asociace.

1.3.1 Deprese dle MKN-10

Afektivní poruchy jsou v MKN-10 zahrnuty pod kódy F30–F39, patří sem manická fáze, bipolární afektivní porucha, depresivní fáze, periodická depresivní porucha, perzistentní afektivní poruchy, jiné afektivní poruchy a neurčená afektivní porucha.

MKN-10 definuje depresivní fázi následovně: *„Nemocný má zhoršenou náladu, sníženou energii a aktivitu. Je narušen smysl pro zábavu, osobní zájmy a schopnost koncentrace. Po minimální námaze se objevuje únava. Je narušen spánek a je zhoršená chuť k jídlu. Sebehodnocení a sebedůvěra jsou zhoršeny, pocity viny a beznaděje jsou přítomny i u lehkých případů. Zhoršená nálada se v časovém průběhu příliš nemění, nereaguje na okolní změny. Může být provázena tzv. „somatickými“ symptomy, jako je ztráta zájmů a pocitů uspokojení. Ranní probouzení je o několik hodin dříve před obvyklou hodinou. Deprese se horší nejvíce ráno. Je zřetelná psychomotorická retardace a agitovanost. Je ztráta chuti k jídlu, hubnutí a ztráta libida. Podle počtu a tíže příznaků je možno fázi hodnotit jako mírnou, střední nebo těžkou.“¹*

Depresivní fáze se tedy rozděluje na lehkou (F32.0), středně těžkou (F32.1) a těžkou depresivní fázi (F32.2). Pro diagnostiku lehké depresivní fáze je nutné, aby byly přítomny alespoň dva až tři výše zmíněné symptomy, ovšem jedinec je stále schopen účastnit se běžných denních aktivit. O středně těžké depresivní fázi mluvíme tehdy, jsou-li přítomny alespoň čtyři příznaky a s každodenními činnostmi má pacient již větší obtíže. Těžká depresivní fáze je diagnostikována jedinci, který je symptomy zcela sklíčen, pociťuje beznaděj a vinu, jsou přítomny somatické příznaky a časté jsou suicidální myšlenky i pokusy. Nemocný již není schopen starat se sám

¹ Zdroj: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F30-F39.html>

o sebe, nálada je téměř neovlivnitelná vnějšími podněty a léčba probíhá vždy v rámci hospitalizace (Praško, Prašková & Prašková, 2003). Těžká depresivní fáze je někdy označována jako agitovaná, velká nebo životní deprese.

Pokud je u jedince deprese přítomna poprvé, měla by se diagnostikovat jako depresivní fáze, pokud se objeví vícekrát, diagnostikuje se jako periodická depresivní porucha (Höschl, Libiger & Švestka, 2004).

1.3.2 Deprese dle DSM-V

DSM-V je nejnovější verze klasifikačního systému, který vydává Americká psychiatrická asociace. Ač se u nás používá hlavně MKN-10, autoři zahraničních výzkumů, kteří budou v této práci zmíněni dále, využívají právě DSM-V. Proto považují za důležité zde tuto klasifikaci přiblížit.

V DSM-V jsou afektivní poruchy rozděleny do dvou kategorií, Bipolární a související poruchy a Depresivní poruchy. Následně se budu zabývat jen depresivními poruchami, konkrétně velkou depresivní poruchou, dále sem patří např. perzistentní depresivní porucha (dystymie), premenstruační dysforická porucha nebo depresivní porucha způsobená jiným somatickým onemocněním.

DSM-V (American Psychiatric Association, 2015) obsahuje devět příznaků velké depresivní poruchy:

1. depresivní nálada
2. zřetelné snížení zájmu nebo radosti
3. významný úbytek nebo přírůstek na váze nebo snížená či zvýšená chuť k jídlu
4. nespavost nebo zvýšená spavost
5. psychomotorická agitovanost nebo zpomalení
6. únava nebo ztráta energie
7. pocity marnosti nebo nadměrné či neodpovídající pocity viny

8. snížená schopnost myšlení a koncentrace nebo rozhodování
9. opakující se myšlenky na smrt

K tomu, aby byla diagnostikována velká depresivní porucha, musí být přítomno alespoň pět výše uvedených symptomů v průběhu dvou týdnů, přičemž jedním z příznaků musí být buď přítomnost depresivní nálady (1.), nebo ztráta zájmu nebo radosti (2.). U diagnostiky opět záleží na tom, zda se depresivní epizoda objevila poprvé nebo opakovaně. Stejně jako v MKN-10 je zde rozlišovaná depresivní epizoda mírná (296.21), která je podmíněna přítomností dvou symptomů, středně těžká (296.22), která obsahuje alespoň tři příznaky, a těžká (296.23), pro kterou je nutná přítomnost čtyř až pěti příznaků a motorický neklid. (American Psychiatric Association, 2015)

DSM-V se tedy od MKN-10 příliš neliší. Obě klasifikace vymezují depresi podobnými symptomy a rozdělují onemocnění podle počtu příznaků a případné recidivy do tří stupňů. Jako hlavní rozdíl vidím zvláštní zaměření DSM-V na diagnostiku duševních poruch u dětí, např. u symptomatologie deprese: „1. Depresivní nálada... U dětí nebo adolescentů se může jednat o podrážděnost.“ (American Psychiatric Association, 2015, s. 169). Takovéto poznámky upřesňující průběh nemoci u dětí a adolescentů v MKN-10 nejsou. U DSM-V jsou výkyvy stavů popsány na oba póly, např. úbytek nebo přírůstek na váze, u MKN-10 je popsán pouze úbytek.

1.4 Diagnostika deprese

Pro diagnostiku deprese máme k dispozici hned několik nástrojů. Z projektivních technik se používá Rorschachův test (ROR) nebo Tematicko-apercepční test (TAT), které pomáhají potvrdit diagnózu deprese (Svoboda, Češková & Kučerová, 2012). K posouzení hloubky onemocnění se hojně využívají posuzovací škály, které byly navrženy přímo na depresi. Jedná se zejména o českou adaptaci Beck Depression Inventory-II, Beckovu sebesposuzovací škálu depresivity pro dospělé (BDI-II), a o stupnici Montgomeryho a Åsbergové (MADRS). Obě zmíněné škály jsou blíže popsány v empirické části práce.

1.5 Léčba deprese

Léčba deprese zahrnuje dvě hlavní možnosti, těmi jsou antidepresiva a psychoterapie. Mezi další metody patří elektrokonvulzivní terapie, fototerapie a několik dalších. Metody léčby se volí především podle intenzity deprese.

Vzhledem k vysokému riziku rekurence probíhá léčba ve třech etapách. V první akutní fázi jde o co nejrychlejší zmírnění příznaků deprese, tato fáze trvá přibližně tři měsíce. Druhá etapa se nazývá udržovací, nastupuje po odeznění akutní epizody deprese a jde o udržení dosaženého zlepšení, které by mělo být udrženo po dobu šesti až devíti měsíců. Poslední profylaktická či preventivní fáze léčby má za úkol zabránit návratu deprese a může trvat několik let, někdy i celý život. Pravidlem je, že čím více depresivních epizod má pacient za sebou, tím delší bude třetí etapa léčby. (Praško, Prašková & Prašková, 2003)

Farmakologická léčba zahrnuje širokou škálu antidepresiv, které předepisuje psychiatr na základě znalostí o pacientovi. Zohledňuje se anamnéza, klinická forma deprese, snášenlivost vůči vedlejším účinkům apod. U deprese s psychotickými příznaky se úspěšně využívá kombinace antidepresiv s antipsychotiky. (Svoboda, Česková & Kučerová, 2012)

Názory na užívání antidepresiv se různí. Většina psychiatrů je vnímá jako zásadní a účinnou pomoc při léčbě deprese. Někteří odborníci se ale od farmakologické léčby odklánějí a tvrdí, že antidepresiva léčí pouze symptomy deprese, přitom je mnohem účinnější zabývat se příčinami (Nesse & Williams, 1994 in Andrews & Thomson, 2009). Oproti tomu se psychoterapie zabývá problémy v životě konkrétních lidí, snaží se tedy řešit příčinu onemocnění a navíc má dlouhodobější účinky po ukončení terapie než po vysazení antidepresiv (Hollon et al., 2002 in Andrews & Thomson, 2009).

Psychoterapie pomáhá hlouběji porozumět tomu, co se s člověkem během deprese děje. Psychoterapeut poskytuje bezpečný prostor, ve kterém nemocný může sdílet a vyjádřit cokoli, co ho trápí, a nemusí se to týkat pouze příznaků onemocnění, ale například i mezilidských vztahů a řešení konfliktů (Svoboda, Česková & Kučerová, 2012). U lehkých depresí je psychoterapie schopna pomoci i bez psychofarmak (Praško, Prašková & Prašková, 2003). Nejčastěji se pro léčbu deprese volí kognitivně-behaviorální terapie (KBT) a interpersonální psychoterapie.

KBT se zaměřuje na přijetí nemoci, porozumění jejím příznakům a souvislostem, odstranění maladaptivních vzorců myšlení a chování, nácviku komunikace, relaxace a nakonec prevenci relapsu deprese (Praško, Prašková & Prašková, 2003). Interpersonální terapie se zabývá hlavně objasnění klientových problémů a prací na jejich řešení. Klient se učí, jak se vypořádat se sociální izolací, mezilidskými problémy a s vleklým smutkem. Pro léčbu deprese se využívají i ostatní psychoterapeutické směry, jako je dynamická, rogersovská, gestalt, manželská a existenciální psychoterapie (Svoboda, Češková & Kučerová, 2012).

2 Teorie deprese

Patogenezi deprese se lidé zabývali již od dob starověkých civilizací a od té doby vznikají rozmanité teorie o vzniku a podstatě této duševní poruchy. Od řeckých teorií o nadbytku černé žluči přes posedlost démony až k několika základním psychologickým teoriím zastávaným v současnosti, které zde pro přehled zmíním. (Praško, Prašková & Prašková, 2003).

Sigmund Freud vnímal depresi jako výsledek potlačovaného vzteku, který, ačkoliv původně směřoval na druhé osoby, je obrácen proti jedinci samému v destruktivní podobě (Praško, Prašková & Prašková, 2003).

Dle kognitivních teorií se cítíme tak, jak přemýšlíme. Zakladatel kognitivní terapie Aaron T. Beck vysvětluje depresi pomocí negativních automatických myšlenek a tzv. depresivní nebo kognitivní triády. Deprese se projevuje narušeným způsobem myšlení, je vyvolána zážitkem, který člověk prožívá jako ztrátu a je udržována negativními myšlenkami o sobě, o své budoucnosti a o světě kolem (Beck, 2005).

Teorie naučené bezmocnosti přichází s tím, že deprese je něco, co jsme v průběhu života získali, tedy s čím jsme se nenarodili, ale co jsme se naučili. Opakovaná expozice nekontrolovatelným stresorům vyvolává depresivní náladu, při které člověk vnímá svou bezmocnost jakkoliv ovládat vnější prostředí, a to dokonce i u takových aspektů života, které ovládat ve skutečnosti dokáže. (Seligman, 1975 in Andrews & Thomson, 2009)

Biologicky orientovaní psychiatři se domnívají, že příčina deprese je způsobena biochemickými změnami v mozku a její léčba spočívá v podávání antidepresiv (Praško, Prašková & Prašková, 2003).

Dalšími teoriemi deprese jsou teorie evoluční, které zdůrazňují původní smysl depresivní nálady v rámci vývoje lidstva a zmiňují i pozitivní aspekty tohoto onemocnění, proto se jimi budu dále zabývat podrobněji.

2.1 Evoluční teorie deprese

Evoluční psychologie se zabývá selekčními tlaky, které tvarovaly lidskou psychiku v průběhu evoluce, vnímá naši psychiku i naše chování jako produkty evoluce (Barrett, Dunbar & Lycett, 2007). Zastánci této teorie deprese se domnívají, že smutek a špatná nálada se vyvinuly jako prospěšné reakce na nepřízeň osudu. Většina evolučních teoretiků se shodne na tom, že depresivní porucha je dysfunkční smutek, který ale původně měl adaptivní funkci. Limity evolučních teorií spočívají v tom, že jsou málokdy výzkumně otestované (Hagen, 2011).

2.1.1 Teorie citové vazby

Zřejmě jako první se začal depresí z evolučního hlediska zabývat Charles Darwin, který sám depresí trpěl. Podle Darwina pramení smutek ze vztahu matka-dítě. Pláč dítěte má funkci přivolání matky a získání její péče. Darwin se ale dále zabýval spíše funkcí přidružených výrazů obličeje než samotnou funkcí smutku. (Hagen, 2011)

Na Darwina navázal dosud nejvlivnější evoluční teoretik smutku John Bowlby. Podle Bowlbyho smutek pramení z vazby (attachment) mezi dítětem a primárním pečovatelem, obvykle matkou. Úzkost a smutek jsou vyvinuté reakce na dočasnou ztrátu, jako je např. separace od matky. Tyto emoce slouží k tomu, aby byla co nejrychleji obnovena fyzická blízkost pečující osoby. Zármutek, který následuje po smrti milované osoby, je vedlejším produktem vazby, jelikož zjevně nevede k znovuoobnovení blízkého vztahu. Dle Bowlbyho je tedy smutek adaptivní, ovšem deprese už ne. (Hagen, 2011)

2.1.2 Etologické studie dominance a submitse

Etologické studie poukazují na podobnost chování zvířat, která ztratila své postavení v hierarchii, a lidí trpících depresí. Depresivní porucha má dle teorie sociální soutěže ochrannou funkci nedobrovolného podřízení. Je to signál pro výše sociálně postavené osoby, že jedinec nepředstavuje žádnou hrozbu, je bezmocný a nebude jednat agresivně. U jedince pak podporuje přijetí svého nižšího postavení, akceptaci prohry a ustoupení silnějším. Pokud má ale deprese funkci ochrany

organismu, nevysvětluje tato teorie např. souvislost mezi depresivní poruchou a vysokou mírou sebevražednosti. (Hagen, 2011)

2.1.3 Teorie sociálního rizika

S teorií sociálního rizika přišli australští psychologové Nicholas B. Allen a Paul B. T. Badcock. Dle jejich teorie je smutek a špatná nálada funkční odpovědí na společenské nesnáze a souvisí s motivací k rizikovému chování. Jmenovaní psychologové se inspirovali výzkumem zvířat hledajících potravu. Zvíře, které se ocitá na hranici svých energetických rezerv, pod níž by nebylo schopno přežít noc, se má rozhodnout, zda se vydá na cestu, kde rostou buď jahody, nebo borůvky. Oboje mají stejnou energetickou hodnotu, ale rozdílnou variabilitu úrody, borůvky se v okolí zvířete vyskytují častěji, ale je jich méně než jahod. Pokud jsou rezervy zvířete dobré, tak je v celku jedno, pro kterou z cest se rozhodne. Nicméně pokud se zvíře, které se blíží k hranicím svých zásob, rozhodne pro cestu k jahodám, riskuje, že jich nenajde dostatek pro přežití, proto by mělo vybrat cestu k borůvkám. Allen a Badcock připodobňují tuto situaci k lidem s dostatkem či nedostatkem sociálních vztahů. Jedinec s dostačujícím počtem kvalitních sociálních vztahů si může dovolit sociálně zariskovat, ale jedinec s chudou sociální sítí nemůže a jeho nálada adaptivně redukuje motivaci k rizikovému chování. Teorie sociálního rizika vysvětluje i výskyt manických stavů. Jakmile zvířeti jeho zásoby klesnou pod únosnou hranici, borůvky mu k přežití nestačí. Místo toho by mělo zariskovat a vydat se hledat jahody, protože tato cesta poskytuje alespoň nějakou šanci na přežití. Lidé, kteří se blíží pomyslné hranici, mají odpor k riziku v podobě smutné nálady nebo deprese, zatímco lidé, kteří tuto hranici již překročili, mají k rizikovému chování velký sklon v podobě mánie. (Hagen, 2011)

2.1.4 Analogie tělesné a psychické bolesti

Depresi a smutek množství autorů přirovnává k fyzické bolesti. Bolest je urgentní volání o pozornost a motivuje nás k vyhýbání se situacím, které by mohly způsobit zranění nebo smrt. Lidé, kteří trpí vzácnou poruchou kongenitální analgezií, kvůli níž nejsou schopni cítit bolest, obvykle umírají ve věku rané dospělosti. Fyzická bolest je naprosto nepostradatelná pro ochranu naší existence a je nutné,

abychom ji vnímali odpudivě a snažili se co nejdříve odstranit její příčinu. Psychická bolest může být užitečná úplně stejně. Ze všech negativních emocí je užitečnost nejlépe vysvětlitelná u úzkosti. Úzkost nás varuje před nebezpečím a vyvolává užitečnou reakci na vnímanou hrozbu – útěk nebo útok. Různé druhy strasti vedou k různým druhům negativních emocí. Evoluční původ smutku a deprese tkví v reakci na společenské nesnáze a pomáhá zakročit ve chvíli, kdy by nám přílišný optimismus či euforická nálada mohla uškodit. (Nesse, 1991)

2.1.5 Analytická ruminační teorie

Analytickou ruminační²² teorii představili Paul W. Andrews a J. Anderson Thomson Jr. z univerzity ve Virginii v rozsáhlém článku *The Bright Side of Being Blue: Depression as an Adaptation for Analyzing Complex Problems*. Andrews a Thomson (2009) tvrdí, že deprese je evolucí vyvinutá funkční odpověď na stres a spouští ji komplexní, analyticky obtížný problém. Autoři předpokládají, že depresivní ruminace je velmi složitě organizovaný a komplexní systém, tudíž je velmi nepravděpodobné, aby vznikla náhodou jako vedlejší produkt biologických procesů. Deprese byla rozvinuta přírodním výběrem pravděpodobně proto, aby pomohla analyzovat a řešit komplexní problémy (Andrews & Thomson, 2009). Analytická ruminační teorie je založena na čtyřech tvrzeních, které jsou ve studii podrobně rozebrány.

První předpoklad se týká původu vzniku deprese. **Depresivní nálada je spouštěna problémy, které jsou komplexní (analyticky složité) a v evolučním prostředí ovlivňovaly zdatnost (fitness).** Hlavním spouštěčem jsou sociální dilemata, která mají často protichůdné cíle, např. uspokojit své vlastní zájmy a zároveň udržovat sociální vztahy s druhými. Takovéto dilema se musí rozdělit na dílčí části, které jsou pak podrobeny analýze. Čím více možných strategií problém skýtá, tím je problém analyticky složitější. Čím jsou cíle protichůdnější, tím je těžší všechny uspokojit a musí dojít ke kompromisu. Sociální dilemata jsou depresogenní hlavně proto, že to jsou stresory, kterým se často lze vyhnout. Vystavení se stresoru,

²² Ruminace původně znamená opakované přežvykování potravy, v psychologickém kontextu znamená „nadměrné uvažování, dumání, přemýšlení“ (Hartl, 2004, s. 233).

kterému se vyhnout nelze, vyvolává méně negativních pocitů, než vystavení se vyhnutelnému stresoru. (Andrews & Thomson, 2009)

Druhé tvrzení obsahuje výrok, že **deprese koordinuje tělesné změny, které podporují soustavnou analýzu spouštěcího problému**. Tělesné změny ovlivňují řešení problému tak, aby byla ruminace vytrvalá, vtíravá, odolná vůči rušivým vlivům a těžko potlačitelná. K tomu slouží anhedonie a psychomotorické změny, které snižují chuť věnovat se aktivitám rušícím zpracovávání problému, např. sociální izolace, snížený sexuální apetit a chuť k jídlu. Autoři zmiňují několik neurologických výzkumů, které dokazují, že deprese zlepšuje kontrolu pozornosti udržující potřebné informace v pracovní paměti. Dále autoři představují výzkumy, které dokazují, že experimentálně navozená smutná nálada zlepšuje analytické myšlení. Zpracování informací je pečlivější a problém je rozdělován na menší části (chunks), které jsou poté postupně rozebírány. (Andrews & Thomson, 2009)

V třetím tvrzení autoři vyslovují kontroverzní myšlenku, že **depresivní ruminace lidem často pomáhá řešit spouštěcí problém**. Tento výrok je zatím nejméně probádanou oblastí, co se analytické ruminační teorie týče. Autoři doposud popsali pouze jeden relevantní experiment s navozenou depresivní náladou. Andrews a Thomson v tomto smyslu doporučují při terapii podporovat ruminaci depresivních klientů, jejímu vyhýbání se totiž depresivní epizoda pouze prodlužuje. Upadnutí do deprese je tedy vnímáno jako pozitivní znamení růstu a vzhledu do problémů. Jako příklad vhodné léčby zde autoři uvádí terapii založenou na psaní deníku (journal-based therapies), psaní vlastního deníku podporuje ruminaci a tím i vyřešení komplexního problému. (Andrews & Thomson, 2009)

Čtvrté a poslední tvrzení říká, že **deprese snižuje výkon v laboratorních testech, protože depresivní ruminace plně využívá omezené kognitivní zdroje**. Lidé v depresi skutečně často vykazují horší výsledky v různých úlohách a tento fakt je interpretován jako důkaz špatného vlivu deprese na kognitivní funkce. Tyto výsledky jsou ale nestabilní, mohou být změněny krátkou intervencí, která pomůže depresivním participantům uvolnit se od ruminace a soustředit se na zadaný úkol. Takovou intervencí může být např. pětiminutové myšlení na velký černý deštník. Poslední tvrzení je silně podpořeno výzkumy, ve kterých je depresivní nálada uměle

navozena. Zdraví jedinci se smutnou náladou mají lepší výsledky, než jedinci, kterým je navozena veselá nálada. (Andrews & Thomson, 2009)

Analytická ruminační teorie tvrdí nejen, že deprese je adaptivní odpověď na stres, ale také že může mít pozitivní důsledky na člověka a na řešení jeho sociálních problémů. Kladné stránky tohoto onemocnění rozebírané ve studii Andrewse a Thomsona budou ještě zvlášť zmíněny v kapitole Pozitivní význam deprese.

3 Deprese a sociální kognice

Lidé trpící depresí se často od společnosti druhých izolují, avšak paradoxně kvůli tomu zažívají pocity osamělosti a trápí se nedostatkem blízkých sociálních kontaktů (Praško, Prašková & Prašková, 2003). Tato izolovanost je pravděpodobně důvodem, proč není oblast vnímání druhých osob depresivními jedinci příliš probádána. V této kapitole se nejdříve budu věnovat vymezení pojmu sociální kognice, přiblížím některé její aspekty, popíši vztah mezi náladou a kognicí a následně vliv depresivní poruchy na tuto oblast lidského vnímání a poznávání.

3.1 Vymezení sociální kognice

Sociální kognice je specifický druh poznávání, který nám umožňuje porozumět sociálnímu světu kolem nás. „*Zabývá se studiem sociálního poznání a sociálních procesů, které probíhají při utváření subjektivní reality*“ (Fiedler & Bless, 2006, s. 151). Nakonečný užívá následující definici: „*Sociální kognice je to, jak si lidé vytvářejí dojem („make sense“) o jiných lidech a o sobě samých.*“ (Fiske & Taylor, 1984 in Nakonečný 2009, s. 142). Narozdíl od poznávání neživých objektů je sociální kognice komplexnější a je úzce spjata s emocionálními a motivačními procesy. Zpracovávání informací je totiž od počátku silně ovlivněno starými poznatky, které člověk o sociálním světě získal. (Fiedler & Bless, 2006)

Specifika sociální kognice spočívají v tom, že objekty poznávání jsou osoby, skupiny osob nebo interpersonální situace. Tyto sociální objekty se liší od materiálních objektů tím, že samy záměrně ovlivňují své prostředí a mění se v čase a okolnostech. Pokud vnímáme druhou osobu, ona zase vnímá nás, sociální kognice má tedy vzájemný charakter. Specifickým znakem je těsné propojení kognice s jinými psychickými jevy, jako jsou např. emoce, motivace, hodnoty a přesvědčení. Sociální objekt nemůžeme poznat, aniž bychom k němu zaujali nějaký postoj nebo k němu pocítili nějaké emoce. V neposlední řadě prostřednictvím sociální kognice překračujeme sebe sama směrem k druhým lidem a stáváme se tím sociální bytostí. (Baumgartner, 2008)

Se sociální kognicí se pojí tři základní percepční procesy, jsou jimi kategorizace, selekce a inference. Kategorizace je proces zařazování vnímaných objektů do určitých tříd podle shodnosti znaků (Bruner, 1957 in Nakonečný, 2009). Vnímané osoby pak třídíme například podle genderu, věku nebo podle toho, zda jsou nám sympatické či nesympatické. Selekce nám pomáhá vybírat z velkého množství působících podnětů ty, kterým budeme věnovat pozornost. U osoby si například všimneme, jaké má vlasy a co říká, ale nezaregistrujeme barvu kalhot. Inference spočívá v tom, že do vnímání vnášíme něco, co na nás aktuálně nepůsobí. Ze zevnějšího nějaké osoby pak můžeme na základě zkušenosti usuzovat jeho socioekonomický status. (Nakonečný, 2009)

3.2 Sociální schémata

„Produktem organizace sociální kognice jsou sociální schémata, jsou to kognitivní struktury, které reprezentují poznání sociálních objektů, ať už jsou to jednotlivé osoby, nebo události.“ (Nakonečný, 2009, s. 143) Sociální schémata jsou tvořena procesy vnímání, paměti a inference. Díky nim rozpoznáváme význam sociálních situací a podle významu se pak chováme. Umožňují nám tedy rychlejší a jednodušší zpracovávání informací. Sociální psychologové rozlišují několik druhů schémat. Můžeme mít schémata osob, sebe sama, sociálních rolí, sociálních událostí neboli scénáře a stereotypy, což jsou schémata pro sociální skupiny. (Nakonečný, 2009; Baumgartner, 2008)

Schématy depresivních jedinců se podrobně zabýval Aaron T. Beck. Beck považuje maladaptivní kognitivní schémata za hlavní potíže lidí s depresí. Schémata, někdy nazývaná termínem niterná přesvědčení, jsou dle Becka základní a absolutní přesvědčení o nás samých, o druhých a o světě, díky kterým chápeme životní události. Příkladem maladaptivních schémat u depresivních lidí může být přesvědčení „Nikdo mě nemůže mít rád.“ nebo „Všechno se proti mně spiklo.“ Niterná přesvědčení vznikají učením během raného dětství a mohou mít formu různých rodinných rčení či hesel, např.: „V životě jsi buď vítězem, nebo poraženým.“ Cílem kognitivní terapie je dysfunkční schémata odhalit a modifikovat do alternativní a adaptivní podoby. (Neenan & Dryden, 2008; Beck, 2005)

Beck nám tedy přibližuje myšlení depresivních osob, zabývá se především tím, jak tito lidé vnímají samy sebe a svět. Bohužel se příliš nezaobírá tím, jak lidé s depresí vnímají druhé osoby a jak se jim daří či nedaří druhé odhadnout.

3.3 Sociální kognice a afekt

Jak už bylo zmíněno výše, sociální kognice úzce souvisí s emočním naladěním jedince. Psychologové se dnes všeobecně shodují na tom, že afektivní vzrušení ovlivňuje sociální kognici, liší se ovšem v názorech na to, jak. Obecně je přijímán názor, že dobrá nálada zlepšuje a zrychluje kognitivní zpracovávání informací a podporuje správné řešení problému, špatná nálada naopak působí inhibičně (Fiske & Taylor, 1984 in Nakonečný 2009). Někteří autoři ale nevnímají propojení nálady a kognice tak jednostranně a snaží se poukázat i na světlou stránku negativních emocí (např. Au, Chan, Wang & Vertinsky, 2003; Forgas, 2008; Forgas & East, 2008; Greenwalt & Hayes, 2012).

Dle Forgase (2008) se výzkumníci začali zabývat vlivem afektu na sociální zpracování informací na počátku 80. let 19. století. Například Zajonc a Isen (1980, 1987 in Forgas, 2008) zdůrazňovali zásadní vliv afektu na sociální myšlení a chování. Před rozvojem těchto kognitivních a sociálně-psychologických teorií formovala přístup ke kognici a afektu psychoanalýza a behaviorismus. Psychoanalytický postoj k této problematice spočíval v tom, že id, které je zmítáno emocemi, působí proti racionálním mechanismům lidské psychiky. Radikální behavioristé tvrdili, že vztah mezi afektem a kognicí je založen na náhodně napodmiňovaných asociacích mezi afektem a nějakým dalším podnětem. Na rozdíl od těchto teorií, současné teorie představují přesné a propracované mechanismy vlivu emocí na myšlení a rozhodování. (Forgas, 2008)

Studie z nedávných let vysvětlují vliv afektu na kognici pomocí termínů Jeana Piageta: asimilace a akomodace (Bless & Fiedler, 2006 in Forgas, 2008). Pozitivní nálada spouští asimilativní způsob zpracování informací, tedy proces, při kterém více využíváme už existující znalosti. Asimilace využívá tzv. top-down, tedy deduktivní myšlení. Negativní nálada spouští spíše akomodaci, tedy proces, při kterém zaměřujeme svou pozornost na vnější požadavky a externí informace. Při akomodaci využíváme spíše tzv. bottom-up, tedy induktivní způsob myšlení. Většina

kognitivních úloh vyžaduje kombinaci těchto strategií v různém poměru (Forgas, 2008). Tento model je v souladu s evolučními teoriemi, které zdůrazňují adaptivní význam pozitivních i negativních emocí. Různý druh afektu tudíž spouští odlišný způsob zpracování informací (Frijda, 1986 in Forgas, 2008).

V jedné studii (Forgas, Bower & Krantz, 1984) byli účastníci s veselou a smutnou náladou požádáni, aby zhodnotili své chování a chování druhých lidí, které pozorovali na videu. Veselí lidé narozdíl od smutných hodnotili videa více pozitivně a viděli méně nedostatků jak u sebe, tak u druhých. Tento výsledek lze vysvětlit jevem, který byl popsán v několika dalších studiích, tedy že nálada ovlivňuje obsah paměti, který se nám aktuálně vybavuje. Lépe si vybavujeme ty vzpomínky, které jsou s naší momentální náladou konzistentní a hůře ty, které jsou s naší náladou inkonzistentní. (Forgas, 2008)

V dalším výzkumu (Forgas & East, 2008) navodili zdravým participantům pomocí videí negativní, neutrální nebo pozitivní náladu. Poté účastníci zhlédli videa s výpověďmi osob ohledně drobné krádeže a měli zhodnotit, zda daná osoba mluví pravdu či lže. Účastníci s indukovanou smutnou náladou hodnotili výpovědi významně častěji jako lživé, byli více skeptičtí a přesnější v odhalení podvodu. Mezi účastníky s navozenou pozitivní nebo neutrální náladou nebyl významný rozdíl, byli důvěřivější a také méně přesní v odhalení lži. Studie dokazuje, že přechodná nálada může ovlivnit důvěřivost nebo skepticismus v hodnocení druhých. Autoři se domnívají, že je to způsobeno stylem zpracování informací, který je u smutných jedinců více zaměřený na okolí, je induktivní a méně podléhá základní atribuční chybě (Forgas & East, 2008). Tato studie inspirovala jednu z metod našeho výzkumu, která bude blíže popsána v empirické části práce.

Au, Chan, Wang a Vertinsky (2003) ke svému výzkumu také využili navození smutné, neutrální nebo veselé nálady zdravým jedincům. Náladu indukovali studentům ekonomie v jednom výzkumu pomocí hudby a v druhém pomocí četby emočně nabitých prohlášení. Studenti následně obchodovali na simulovaném trhu s cizími měnami. Měli k dispozici tabulky s historií jednotlivých měn. Výsledky ukázaly, že obchodníci v dobré náladě měli nejhorší výkon a ztratili nejvíce peněz, byli příliš sebevědomí a tím pádem příliš riskovali. Nejpresnější byli ti, kterým byla indukována negativní nálada, na trhu se chovali konzervativně a trátili méně. Autoři

došli k závěru, že nálada významně ovlivňuje volbu obchodních strategií, ač byla tato role afektu finančními teoretiky dosud zcela ignorována. (Au, Chan, Wang & Vertinsky, 2003)

3.3.1 Kognitivní výhody negativní nálady

Výsledky uvedených studií ukazují, že negativní nálada nejenže ovlivňuje kognici, ale dokonce na ni má za jistých okolností pozitivní vliv. Pozitivní nálada sice podporuje kreativitu, flexibilitu a spolupráci (Isen, 1987 in Forgas, 2008), nicméně negativní nálada jako je smutek může za určitých okolností vyvolat adaptivní změny v procesu zpracovávání informací tak, že se výkon kognice zlepší (Forgas, 2008). Pro přehlednost zde shrnu oblasti, ve kterých může negativní afekt pozitivně ovlivnit sociální kognici, ačkoliv se v procesu zpracování informací navzájem prolínají.

Paměť

Vliv nálady na paměť je podrobně rozpracován v tzv. hypotéze kongruentní nálady (Mood Congruence Hypothesis). Dle této teorie se nám vybavují ty vzpomínky, které mají stejné emoční ladění jako náš momentální emoční stav. Studie zkoumající tuto hypotézu naznačují určitou asymetrii vlivu dobré a špatné nálady. Zatímco dobrá nálada podporuje vybavování si příjemných vzpomínek a inhibuje vybavování si těch nepříjemných, špatná nálada sice snižuje vybavování si pozitivních obsahů paměti, ale neusnadňuje vybavování si těch negativních (Weiss & Cropanzano, 1996 in Au, Chan, Wang & Vertinsky, 2003). Zkreslení je tedy u negativní nálady menší a vybavovaný obsah více odpovídá skutečnosti.

Obecně se má za to, že špatná nálada paměť zhoršuje. Avšak výzkumy ukázaly, že v případě svědecké výpovědi může negativní afektivita působit pozitivně na kognitivní zpracování (Forgas, 2008). Lidé se špatnou náladou podávají přesnější svědecké výpovědi, jelikož do svědectví méně začleňují zavádějící informace (Forgas et al., 2005 in Forgas, 2008).

Styl zpracování informací

Negativní nálada podporuje takový styl zpracování informací, který je více přizpůsobený konkrétní situaci a zlepšuje kvalitu a efektivitu kognitivního výkonu. Zpracovávání je systematictější, detailnější, pečlivější a více spoléhá na nové, externí informace. Tím pádem se výkon stává realističtější a přesnějším. (Forgas & East, 2008; Au, Chan, Wang & Vertinsky, 2003)

Přesnost úsudku

Negativní nálada v nás vyvolává větší skepticismus a podezřívavost, což vede k přísnějším kritériím, abychom mohli určitou informaci přijmout jako pravdivou. Negativně naladěni jedinci jsou tedy lepší v odhalování klamných zpráv (Forgas & East, 2008). Příjemná nálada poskytuje méně kapacity pro kognitivní úkony, snižuje přesnost úsudku a zároveň zvyšuje důvěru v rozhodnutí druhých lidí. Jedinci s pozitivní náladou mají větší tendenci riskovat, jelikož jsou více přesvědčeni o svých schopnostech a o možnostech kontrolovat danou situaci. (Au, Chan, Wang & Vertinsky, 2003). Negativní afekt snižuje výskyt takových chyb v úsudku jako je například základní atribuční chyba (Forgas 1998 in Forgas, 2008). Negativně naladěni jedinci využívají více kategorií při klasifikaci sociálních objektů a mají menší sklon k užívání stereotypů (Isen & Daubman, 1984; Bodenhausen, 1993 in Au, Chan, Wang & Vertinsky, 2003). Spoléhání se na stereotypy upřesňuje Galen Bodenhausen a Neil Macrae (1998 in Forgas, 2008), smutek stereotypy redukuje, ale vztek nebo úzkost je mohou naopak podporovat.

Navzdory našemu nekonečnému pátrání po štěstí, čtyři z šesti základních emocí jsou negativní (strach, hněv, znechucení a smutek). Připravují náš organismus na správnou reakci, což znamená, že tyto emoce jsou adaptivní (Forgas, 2008).

Nálada má dopad na celou řadu aspektů ohledně rozhodování. Ovlivňuje vyhledávání, zpracovávání a interpretování informací a ovlivňuje to, jakým informacím věnujeme pozornost. Vliv afektu na výkon ovšem závisí na kontextu a na povaze zadávaného úkolu. (Au, Chan, Wang & Vertinsky, 2003)

Forgas (2008) na závěr říká, že vztah mezi afektem a stylem zpracování informací může být klíčem k pochopení vlivu afektu na myšlení, rozhodování a chování.

3.4 Vliv deprese na sociální kognici

V předešlých kapitolách byly uvedeny teorie, které hledají evoluční význam deprese, dále pak studie, které dokazují prospěšnou funkci negativní, respektive smutné nálady. Následně budou popsány výzkumy autorů, kteří se pokusili tyto dvě skupiny teoretických podnětů spojit a hledají pozitivní význam i u tak závažného onemocnění jako je depresivní porucha.

Většina autorů uvádí pouze negativní důsledky deprese na kognitivní funkce, například dysfunkční postoje, důsledky atribučního a ruminačního stylu, poruchu pozornosti (Svoboda, Češková & Kučerová, 2012), snížené sebehodnocení, nerozhodnost, poruchy paměti a neodůvodněné sebevýčitky (Hosák, Hrdlička, Libiger et al., 2015). Autoři, kteří vnímají depresi jako evolučně vyvinutou adaptaci, výzkumně pátrají po pozitivních dopadech způsobených depresí.

David S. Greenawalt a Adele M. Hayes (2012) zveřejnili studii, ve které zkoumali, zda je dřívější depresivní epizoda nebo aktuální dysforie spojená s lepšími výsledky v sociální kognici.³ Výzkum se uskutečnil na 104 studentech, kteří byli zařazeni do jedné ze čtyř skupin (1. depresivní epizoda v anamnéze s aktuální dysforií, 2. depresivní epizoda v anamnéze, ale bez dysforie, 3. bez deprese v anamnéze, aktuálně dysforičtí a 4. bez deprese a bez dysforie). Probandi sledovali videa čtyř párů mužů a žen, kteří se poprvé setkali na schůzce. Jejich úkolem bylo odhadnout, zda by se daná žena a daný muž chtěli znovu setkat na další schůzce. Navzdory očekávání aktuální dysforie nebyla spojena s lepšími výsledky v zadaném úkolu, ale deprese v anamnéze vliv měla. Jedinci s depresivní epizodou v anamnéze byli přesnější v negativních, avšak ne v pozitivních odhadech. Interpretace výsledků se opírá o názor, že zkušenost deprese v životě jedince přispívá k vytvoření obranného pesimismu (defensive pessimism), jehož cílem je snížit zklamání z případného neúspěchu. Depresivní lidé mají zpravidla méně sociálních kontaktů, jejich síť přátel je chudší, a proto jsou citlivější a vnímavější vůči odmítnutí

³ Greenawalt a Hayes výzkumem ověřují tzv. hypotézu depresivního realismu (The depressive realism hypothesis), kterou představili Alloy a Abramson už v roce 1979 a která říká, že vnímání a poznávání depresivních jedinců není jako u nedeprativních ovlivňováno nerealistickým optimismem a tím pádem přesněji vnímají sebe i realitu kolem sebe (Greenawalt & Hayes, 2012).

(Greenwalt & Hayes, 2012). Odhadování výsledků prvních schůzek na videu jako metoda měřící sociální kognici inspirovala jednu z metod našeho výzkumu, která je popsána v empirické části práce.

Další studii, pojednávající o možném pozitivním vlivu deprese na kognici, uskutečnili v Berlíně výzkumníci von Helversen, Wilke, Johnson, Schmid a Klapp (2011). Vycházeli z předpokladu, že depresivní jedinci zpracovávají informace více systematicky a analyticky. Pro výzkum vybrali komplexní úkol, vyžadující postupné rozhodování – sekretářčin problém, ve kterém se jedinec snaží na počítači vybrat nejlepšího kandidáta ze čtyřiceti prezentovaných uchazečů. O kandidátech ale participant nemá žádné předešlé znalosti a o každém musí rozhodnout právě ve chvíli, kdy je mu prezentován a nemůže své rozhodnutí vzít zpět. Pokud by vzal jednoho z prvních uchazečů, je zde malá pravděpodobnost, že by narazil na toho nejlepšího, ale pokud by čekal příliš dlouho, mohl by toho nejlepšího propásnout. Sekretářčin problém řešily tři skupiny probandů: depresivní, nedeprativní a zotavující se z depresivní epizody. Nejlépe ze všech dopadli jedinci s klinickou depresí. Zdraví a zotavující se probandi přijali uchazeče příliš brzy, naproti tomu volby depresivních jedinců se pohybovaly nejbližší optimální hranice, kdy je vysoce pravděpodobné narazit na dobrého uchazeče a zároveň to není příliš riskantní. Tento výzkum jako jeden z prvních ukázal, že depresivní jedinci mohou překonat zdravou populaci v laboratorním úkolu, konkrétně v úkolu vyžadujícím sekvenční rozhodování. Zjištění ukazuje, že deprese má na kognitivní funkce komplexní vliv, styl zpracování informací je více analytický a pečlivý. Nemůžeme tedy ve spojitosti s depresí mluvit jen o kognitivním deficitu. (Helversen, Wilke, Johnson, Schmid & Klapp, 2011)

Hokason, Sacco, Blumberg a Landrum (1980) uskutečnili výzkum, ve kterém participant hráli ve dvojicích modifikovanou verzi věžňova dilematu, hry, ve které se volí mezi spoluprací a zradou. Věžňovo dilema obvykle hrají dva hráči najednou bez možnosti komunikovat nebo vidět protihráčovy tahy. Modifikace v tomto výzkumu spočívala v tom, že jeden z hráčů měl možnost jako první vidět tah druhého hráče a zaujímal tak roli vysoké moci (high-power role), druhý hráč musel hrát, aniž by znal tah svého protihráče, zaujímal tak roli nízké moci (low-power role). Věžňovo dilema hrály dvojice probandů. Dvojice byly tvořeny vždy jednou osobou zdravou, druhá osoba byla buď depresivní, zdravá, nebo trpící jinou psychickou poruchou.

Pokud byli depresivní participanti v roli nízké moci, vedli si v porovnání s ostatními nejlépe. Depresivní jedinci obecně lépe chápali své postavení ve hře a podle toho se i posléze chovali. (Hokason, Sacco, Blumberg & Landrum, 1980)

3.4.1 Pozitivní vliv deprese

V této podkapitole se vrátím k analytické ruminační teorii Andrewse a Thomsona. Autoři tvrdí, že deprese je vyvolána nějakým komplexním sociálním dilematem. Tato dilemata se efektivně řeší tak, že se rozdělí na menší části (chunks) a podrobí se systematické analýze. Deprese koordinuje řadu změn usnadňujících průběh této analýzy a tím napomáhá vyřešit daný problém. Výzkumy popsané výše ukázaly, že deprese opravdu za určitých podmínek zlepšuje řešení komplexně sociálních úloh. Analytická ruminační teorie předpokládá, že se deprese vyvinula přirozeným výběrem proto, aby pomáhala analyzovat a řešit sociální dilemata. (Andrews & Thomson, 2009)

Depresivní jedinci se obvykle špatně soustředí na cokoliv, co se netýká jejich aktuálního trápení. Andrews a Thomson (2009) tvrdí, že důvodem snížené schopnosti soustředit se na okolí je fakt, že naše kognitivní zdroje jsou omezené a ruminace, potřebná k vyřešení nějakého problému, potřebuje poměrně dost kapacity. Deprese tedy působí tak, abychom nebyli rozptylováni vnějšími podněty a zaobírali se analýzou problému, který depresi spustil.

Analýza komplexního sociálního dilematu probíhá rozdělením problému na menší části, které jsou poté postupně rozebírány, tato myšlenková činnost vyžaduje značné zapojení pracovní paměti. Pracovní paměť udržuje určité množství informací aktivně dostupné. Analytické složité úkoly jsou náchylné k přerušení, jelikož pracovní paměť vysoce zatěžují. Deprese spouští kontrolní mechanismy, které působí proti přerušení analýzy problému a udržuje obsah, nad kterým osoba ruminuje, stále přístupný. Depresivní jedinec tedy může v paměťových testech jevit známky zhoršení, to je ale způsobeno kontrolním mechanismem, který se snaží udržet relevantní informace v pracovní paměti a zabraňuje vstupu nedůležitých podnětů. (Andrews & Thomson, 2009)

V důsledku depresivní nálady je tedy větší pozornost při vnímání věnována detailům, informace jsou sice zpracovány pomaleji, ale za to systematicky, důkladně a jsou rozebírány po menších částech. Pokud nějaký úkol vyžaduje analytické zpracování, lidé s depresí by měli prokázat lepší výkony. Andrews a Thomson (2009) stejně jako Forgas (2008) dále tvrdí, že depresivní osoby se nechají méně ovlivnit základní atribuční chybou a jsou lepší při odhalování podvodu.

Výše popsané výzkumy ukázaly, že lidé s depresí využívají širší škálu taktik při řešení sociálních dilemat. Volí takovou taktiku, která je nejlepší k dosažení sociálních cílů. Pokud o něčem rozhodují, chovají se racionálněji a věnují větší pozornost informacím o možném zisku a rizicích narozdíl od zdravých jedinců. (Andrews & Thomson, 2009)

Andrews a Thomson (2009) tvrdí, že by se ruminace neměla během terapie deprese potlačovat, ale naopak podporovat. Bylo zjištěno, že rozptylování nebo potlačování ruminace je spojeno s delšími epizodami. Deprese je spuštěna skutečnými problémy, které ruminaci vyžadují. Autoři se tedy jednoznačně kloní k psychoterapeutické léčbě deprese než k léčbě antidepresivy. Antidepresiva řeší místo příčiny pouze symptom a jsou předepisována i v případech, kdy by stačila psychoterapie bez medikamentů. Primárním terapeutickým cílem by mělo být pomoci klientům identifikovat sociální problémy, které depresi spustily, a poté se je pokusit řešit. (Andrews & Thomson, 2009)

Autoři nicméně souhlasí s tím, že někteří depresivní lidé mají narušené a neproduktivní myšlení, a že se u těžké depresivní epizody léčba bez antidepresiv neobejde. Dále sami přiznávají, že uskutečnit výzkum, který by zjišťoval, zda ruminace pomáhá depresivním lidem vyřešit jejich konkrétní spouštěcí problém, je těžko proveditelný.

III. EMPIRICKÁ ČÁST

Výzkumů zabývajících se depresí je mnoho. Ovšem většina z nich se zabývá deficitem způsobenými tímto onemocněním a jen malý zlomek studií se snaží pochopit, zda má tato porucha i nějaká pozitiva.

Bakalářská práce je součástí projektu Pozitivní vliv deprese na řešení analytických problémů, který vede doc. PhDr. Marek Preiss, Ph.D. a Mgr. Magda Bartošková s Mgr. Marcelou Ševčíkovou na něj získaly podporu Grantové agentury UK. Kvantitativní výzkum, kterému se budu v empirické části práce věnovat, probíhal v Národním ústavu duševního zdraví (NUDZ). Zkoumaná baterie obsahovala šest testových úkolů, ale vzhledem k rozsahu a tématu této práce zde budou popsány pouze dvě metody. Na tvorbě metod a sběru dat se nás podílelo několik. Mým úkolem bylo vyšetření výzkumné skupiny depresivních pacientů a vyhledávání a vyšetření adekvátních kontrol. Analýzu dat jsme pak prováděli samostatně, podle vlastního zaměření našich prací.

4 Cíl výzkumu

Cílem tohoto výzkumu je navázat na studie popsané v teoretické části práce a zjistit, zda depresivní porucha opravdu může zlepšit výkon v procesu zpracování informací a zda redukuje chybovost v úsudku. Práce by měla přispět k lepšímu pochopení komplexnosti depresivní poruchy a její vliv na sociální kognici. Úkolem je zjistit, zda existuje statisticky významný rozdíl mezi výzkumnou skupinou hospitalizovaných depresivních pacientů a kontrolní skupinou zdravých jedinců v předložených testových úkolech. Zkoumané úkoly jsou dvě videonahrávky, každá inspirovaná jedním z výše zmíněných výzkumů. První úkol „Pravda nebo lež“ od participantů vyžaduje, aby rozhodli o jednotlivých výpovědích osob, zda jsou pravdivé či lživé. V druhém úkolu nazvaném „Schůzka na slepo“ participanté odhadují, zda se dvojice lidí, kteří se poprvé setkali na schůzce, budou chtít opět setkat na další schůzce.

5 Hypotézy

Předkládaná práce si klade následující výzkumné otázky a z nich odvozené hypotézy:

- I. Vykazuje výzkumná skupina depresivních jedinců oproti kontrolní skupině lepší výkon v testových úkolech měřících sociální kognici?
 - *H1: Výzkumná skupina vykazuje v úkolu Pravda nebo lež lepší výkon než kontrolní skupina.*
 - *H2: Výzkumná skupina vykazuje v úkolu Schůzka na slepo lepší výkon než kontrolní skupina.*
- II. Vykazuje výzkumná skupina lepší výsledky v negativních odpovědích⁴ než kontrolní skupina?
 - *H3: Výzkumná skupina vykazuje v negativních odpovědích v úkolu Pravda nebo lež lepší výkon než kontrolní skupina.*
 - *H4: Výzkumná skupina vykazuje v negativních odpovědích v úkolu Schůzka na slepo lepší výkon než kontrolní skupina.*
- III. Jak se liší výkon depresivních participantů během hospitalizace a po návratu domů v úkolech měřících sociální kognici?
 - *H5: Výkon výzkumné skupiny se v metodě Pravda nebo lež během hospitalizace a po návratu domů liší.*
 - *H6: Výkon výzkumné skupiny se v metodě Schůzka na slepo během hospitalizace a po návratu domů liší.*

⁴ Negativní odpověď v tomto výzkumu znamená konkrétně u testové metody Pravda nebo lež: „Osoba lže.“ U testové metody Schůzka na slepo zní negativní odpověď takto: „Muž by se ženou na další schůzku nešel. / Žena by se s mužem na další schůzku nesešla.“ „Muž by neměl zájem navázat se ženou dlouhodobý vztah. / Žena by neměla zájem navázat s mužem dlouhodobý vztah.“

6 Metodologie

V této kapitole se pokusím co nejpodrobněji přiblížit, jak náš výzkum probíhal, kdo se ho účastnil a jaké byly použité metody. Studie se realizovala už od srpna 2014, ale já jsem se aktivně připojila 21. ledna 2015, sběr dat trval přes rok a skončil 16. února 2016.

6.1 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor se skládá ze skupiny výzkumné (VS) a kontrolní (KS). Do výzkumné skupiny byli zahrnuti muži a ženy, kteří byli hospitalizováni na Oddělení afektivních poruch v Národním ústavu duševního zdraví v Klecanech a v dnes už bývalém Psychiatrickém centru Praha. Zapojeni byli jak pacienti hospitalizovaní, tak i pacienti ambulantní a z denního stacionáře. Výzkumná skupina se skládá ze středně velkého souboru celkem 41 participantů ve věkovém rozmezí 18–51 let. Osmnáct respondentů bylo vyšetřeno pouze jednou, osm jsme jich otestovali dvakrát a patnáct respondentů se nám podařilo vyšetřit třikrát. Poprvé byli respondenti vyšetřeni při nástupu na oddělení, podruhé s měsíčním odstupem a potřetí po dvou měsících, tedy po odchodu domů a po předpokládaném zařazení se zpět do jejich každodenního života. Inkluzivní kritéria pro účast ve výzkumu byla hlavní diagnóza depresivní epizody nebo rekurentní depresivní poruchy a hloubka deprese, která se musela pohybovat při prvním vyšetření nad dvanáct bodů na posuzující škále Montgomeryho a Åsbergové (MADRS). Exkluzivními kritérii byly problémy s nadměrným užíváním nebo závislost na alkoholu a drogách v posledních dvanácti měsících, mentální postižení, tělesná choroba, která by mohla ovlivnit kognitivní výkon (např. roztroušená skleróza nebo Alzheimerova choroba), dále abnormality štítné žlázy a u žen těhotenství. Mezi kritéria, která musela být ještě individuálně posouzena, patřilo nadměrné užívání léků v posledních dvanácti měsících a to, zda byl respondent někdy více než pět minut v bezvědomí nebo zažil epileptický záchvat.

Kontrolní skupina byla tvořena respondenty, kteří byli přiřazeni do dvojic k respondentům depresivním. Párování probíhalo na základě tří kritérií: pohlaví, věk a vzdělání. Exkluzivní kritéria pro kontrolní skupinu byla stejná jako pro výzkumnou

skupinu. Navíc respondenti z kontrolní skupiny nesměli být v minulosti psychiatricky léčeni, nesměli v posledních dvanácti měsících užívat psychofarmaka či jiné léky ovlivňující náladu a v MADRS mohli dosahovat maximálně jedenácti bodů. Participantů do kontrolní skupiny byli vyhledáváni mezi rodinou, kamarády a známými.

Výzkumu se zúčastnilo v obou skupinách 27 žen a 14 mužů, což odpovídá poměrnému rozdělení žen a mužů s depresí v populaci (2:1). Průměrný věk ve výzkumné skupině je 35,2 let ($SD = 9,07$, min: 18, max: 51), ve skupině kontrolní je to 34,27 let ($SD = 9,71$, min: 18, max: 51). Charakteristiku výzkumného souboru z hlediska vzdělání a rodinného stavu uvádí následující tabulka.

	Počet ve VS	%	Počet v KS	%
Základní vzdělání	7	17 %	3	7 %
Střední vzdělání	25	61 %	25	61 %
Vysokoškolské vzdělání	9	22 %	13	32 %
Celkem	41	100 %	41	100 %

Svobodný/svobodná	21	51 %	23	56 %
Rozvedený/rozvedená	9	22 %	3	7 %
Ženatý/vdaná	11	27 %	15	37 %
Celkem	41	100 %	41	100 %

Tabulka 1: Demografické charakteristiky výzkumného souboru

6.2 Metody sběru dat

Metody jsou popsány tak, jak šly během vyšetření za sebou. Do testové baterie patřil ještě dotazník Big Five Inventory (BFI-10) a testové úkoly Věžňovo dilema, Manželské dilema, Ultimátní hra (Ultimate game) a Sekretářčin problém, které ale vzhledem k tématu a rozsahu práce nebudou dále rozebírány.

6.2.1 MADRS: Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale

Do češtiny překládaná jako Stupnice Montgomeryho a Åsbergové pro posuzování deprese je diagnostický nástroj používaný na měření závažnosti deprese. Posuzovací škála obsahuje deset položek zjišťujících situaci za posledních sedm dnů, na které se psycholog nebo psychiatr postupně dotazuje. Posuzované položky jsou: 1. smutek – objektivně, 2. smutek – subjektivně, 3. vnitřní napětí, 4. poruchy spánku, 5. nechutenství, 6. poruchy soustředění, 7. abulie, ztráta iniciativy, 8. neschopnost citové odezvy, 9. pesimismus, 10. suicidální myšlenky. Následně dotazující ohodnotí každou odpověď na škále od 0 do 6 bodů, maximální počet je tedy 60 bodů. Pokud jedinec získá 0–6 bodů, nevykazuje symptomy deprese, 7–19 bodů ukazuje na lehkou depresivní fázi, 20–34 bodů na středně těžkou a 35 a více bodů značí těžkou depresivní epizodu. (Montgomery & Åsberg, 1979)

6.2.2 BDI-II: Beckova sebeposuzovací škála depresivity pro dospělé

Tento screeningový nástroj měří subjektivně vnímané symptomy deprese. Dotazník obsahuje dvacet jedna položek. U každé položky dotazovaný rozhodne, která odpověď nejlépe vystihuje jeho stav za posledních čtrnáct dní na škále 0–3 body. Položky obsahují tyto oblasti depresivních symptomů: 1. smutek, 2. pesimismus, 3. minulé selhání, 4. ztráta radosti, 5. pocit viny, 6. pocit potrestání, 7. znechucení sám ze sebe, 8. sebekritika, 9. sebevražedné myšlenky nebo přání, 10. plačtivost, 11. agitovanost, 12. ztráta zájmu, 13. nerozhodnost, 14. pocit bezcennosti, 15. ztráta energie, 16. změna spánku, 17. podrážděnost, 18. změny chuti k jídlu, 19. koncentrace, 20. únava, 21. ztráta zájmu o sex. Maximální počet bodů je 63. Výsledek v rozmezí 0–13 bodů ukazuje na žádnou nebo minimální depresi, 14–19 bodů značí lehkou, 20–28 bodů střední a 29–63 bodů těžkou depresi. (Preiss & Vacíř, 1999)

6.2.3 SOS-10: Schwartzova škála

Schwartzova škála hodnocení terapie je dotazníková sebeposuzovací metoda, která je zaměřená na kvalitu života a duševní pohodu (well-being). Schwartzova škála obsahuje deset výroků, u kterých respondent označí na sedmibodové škále, jak moc s nimi za posledních sedm dnů souhlasí (0 – nikdy, 6 – neustále nebo téměř

stále). Maximální počet bodů je 60, čím vyšší skóre, tím respondent prožívá větší pohodu a spokojenost. Česká verze byla přeložena a standardizována Evou Dragomireckou a kolegy (2006) z Psychiatrického centra Praha.

6.2.4 Pravda nebo lež

Pravda nebo lež je originální metoda měřící sociální kognici, která vznikla pro účely našeho výzkumu. Metoda je inspirovaná výše popsanou studií, kterou uskutečnili Forgas a East (2008) na probandech s indukovanou náladou. Pro náš výzkum jsme také využili videa s výpověďmi osob, které jsou buď pravdivé, nebo lživé. Video je dlouhé 11 minut a 8 vteřin a obsahuje přibližně minutové nahrávky deseti lidí, kteří odpovídají na otázku: *Co jsi dělal/dělala včera?* nebo *Jaká je tvá záliba?* Mezi nahrávkami je krátká pauza pro zaznamenání odpovědi.

Videa byla natáčena v prostorách Psychiatrického centra Praha (PCP) v dubnu 2014. Herci jsou dobrovolníci z řad studentů Karlovy Univerzity a University of New York in Prague. Podmínkou pro účast byl věk mezi 18–33 lety, souhlas s natáčením na kameru a kvůli druhé metodě Schůzka na slepo heterosexuální orientace. Všichni herci podepsali před natáčením informovaný souhlas (Příloha 1).

Číslo nahrávky	Otázka	Pohlaví	Správná odpověď
1.	den	M	lež
2.	záliba	Ž	lež
3.	den	Ž	pravda
4.	záliba	Ž	lež
5.	záliba	Ž	pravda
6.	den	M	pravda
7.	den	Ž	pravda
8.	den	M	pravda
9.	záliba	M	lež
10.	záliba	Ž	lež

Tabulka 2: Jednotlivé nahrávky metody Pravda nebo lež

Před každým natáčením dostali herci chvíli na rozmyšlení si své odpovědi. Výpověď dané osoby musela být vždy buď zcela pravdivá, nebo zcela lživá. Po natáčení vyplnili herci krátký dotazník týkající se jejich výpovědí (Příloha 2). Základní charakteristiku jednotlivých nahrávek uvádím v Tabulce 2.

Respondenti, kteří plnili tento úkol, dostali před sebe záznamový arch (Příloha 3) a instrukci od výzkumníka: „Nyní Vám pustím sérii několika videí. Každé video obsahuje nahrávku výpovědi jedné osoby. Vaším úkolem bude pokusit se rozpoznat, zda jsou výpovědi osob pravdivé či lživé. Své odpovědi budete zaznamenávat do tohoto archu. Každá nahrávka trvá cca jednu minutu. Po skončení každé nahrávky video prosím zastavte, nebo mě zavolejte a já Vám pomůžu.“

Za každou správnou odpověď získává respondent 1 bod, za špatnou odpověď 0 bodů, maximální počet získaných bodů je tedy 10.

6.2.5 Schůzka na slepo

Schůzka na slepo je druhá originální metoda našeho výzkumu inspirovaná studií Greenwalta a Hayes (2012), která má za úkol měřit sociální kognici probandů. Jedná se opět o video, na kterém je šest nahrávek schůzek párů mužů a žen, kteří se před kamerou vidí poprvé. Video je dlouhé 10 minut a 57 vteřin, každá schůzka má přibližně 2 minuty. Mezi nahrávkami je krátká pauza pro zaznamenání odpovědí.

Videa byla natočena ve stejný den se stejnými herci jako předchozí metoda Pravda nebo lež v Psychiatrickém centru Praha. Podmínky účasti tedy zůstaly stejné, věk mezi 18–33 lety, podepsání informovaného souhlasu a kvůli autenticitě případných sympatií heterosexuální orientace. Herci se poprvé setkali opravdu až těsně před spuštěním kamery, takže byla splněna podmínka schůzky na slepo. Hercům byla před natáčením podána instrukce, že budou uvedeni do místnosti s jedním mužem/jednou ženou a jejich úkolem bude si asi tři minuty povídat. Jejich rozhovor bude natáčen na kameru. Cílem experimentu je nahrávka simulované první schůzky, po které se anonymně vyjádří o svých sympatiích či antipatiích k dané osobě. Herci byli požádáni o upřímnost, zároveň byli ujištěni, že se daná osoba ani žádný jiný účastník nedozví informace, které nám poskytnou. Po skončení schůzky herci vyplnili krátký dotazník o tom, zda by se s danou osobou sešli na další schůzku

a zda by měli zájem navázat dlouhodobý vztah (Příloha 4). Nahrávky byly sestříhané a upravené a jejich konečnou podobu uvádím v Tabulce 3.

Číslo schůzky	Muž by se se ženou sešel	Žena by se s mužem sešla	Muž by měl zájem o dlouhodobý vztah	Žena by měla zájem o dlouhodobý vztah
1.	ano	ne	ne	ne
2.	ano	ne	ne	ne
3.	ano	ano	ne	ano
4.	ne	ne	ne	ne
5.	ne	ne	ne	ne
6.	ano	ano	ano	ne

Tabulka 3: Jednotlivé nahrávky metody Schůzka na slepo

Respondenti, kteří plnili tento úkol, dostali před sebe záznamový arch (Příloha 5) a instrukci od výzkumníka: „Nyní Vám pustím sérii několika videí. Uvidíte záznamy párů, které se poprvé setkaly na schůzce. Vaším úkolem bude pokusit se odhadnout, zda by spolu muž a žena šli na další schůzku a zda by spolu měli zájem navázat dlouhodobý vztah. Každá nahrávka trvá cca 2 minuty. Po skončení každé nahrávky video prosím zastavte, nebo mě zavolejte a já Vám pomůžu.“

Za každou správnou odpověď získává respondent 1 bod, za jednu schůzku může tedy respondent získat celkem 4 body, maximální počet získaných bodů je 24.

6.3 Výzkumný postup

Vyšetření výzkumné skupiny probíhalo zpravidla v pracovně psychologa nebo v jiné klidné místnosti PCP či NUDZ. Vyšetření kontrolní skupiny probíhalo většinou u respondenta nebo u výzkumníka doma. Během testování jsme se snažili zařídit soukromé a klidné prostředí. Administrace celé baterie trvala přibližně hodinu, část výzkumu, která je popsána v této práci trvala přibližně půl hodiny.

Před samotným vyšetřením byli respondenti informováni o účelu našeho výzkumu, o tom, jak bude šetření probíhat a kdy se případně uskuteční druhý a třetí termín.

Před zařazením respondenta do výzkumu byl nejdříve proveden Screening participanta výzkumné/kontrolní skupiny před vyšetřením (Příloha 6 a Příloha 7). Díky screeningu jsme ověřili exkluzivní kritéria.

Inkluzivní kritéria byla zjišťována pomocí MADRS, které výzkumník postupně zadával respondentovi. K této metodě nám bylo poskytnuto odborné zaškolení od MUDr. Jana Hanky z NUDZ. Administrace trvala přibližně 10–15 minut. Po součtu celkových bodů výzkumník rozhodl, zda daná osoba splňuje všechny podmínky pro zařazení do studie. Někteří jedinci byli vyřazeni jak z výzkumné, tak i z kontrolní skupiny, převážně kvůli zdravotnímu stavu, abnormalitám štítné žlázy, epilepsii nebo příliš malému či velkému skóre v MADRS.

Po rozhodnutí o zařazení jedince do studie byl vyplněn Informovaný souhlas s účastí ve výzkumném projektu *Pozitivní vliv deprese na řešení analytických problémů* (Příloha 8). Probandi potvrdili, že byli seznámeni s informacemi o projektu, o anonymizování veškerých dat, o tom, že vyšetření bude probíhat ve třech časových intervalech a v neposlední řadě o tom, že je jejich participace zcela dobrovolná a mohou kdykoliv svou účast bez udání důvodů stáhnout.

Po podepsání informovaného souhlasu následovalo vyplnění Demografického dotazníku (Příloha 9). Dotazník vyplňoval výzkumník na základě rozhovoru s respondentem. V dotazníku jsme se ptali na jméno, pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání, současnou pracovní pozici a rodinný stav.

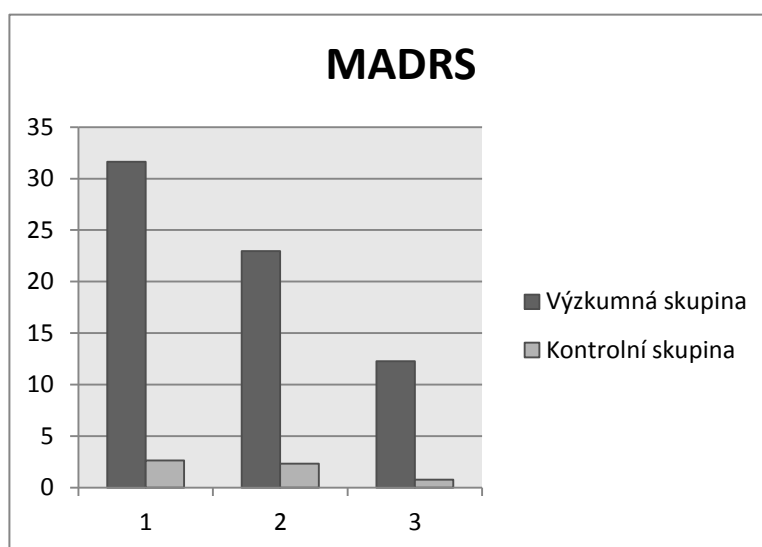
Do této chvíle vyplňoval metody převážně výzkumník, dále už vyplňoval respondent samostatně Beckovu a Schwartzovu škálu a konečně metody Pravda nebo lež a Schůzka na slepo. K administraci videí byl použit počítač, na kterém si mohli respondenti video po skončení každé nahrávky pozastavit, aby mohli vyplnit své odpovědi do zaznamenávacího archu. Výzkumník byl stále přítomen a odpovídal na případné dotazy respondenta.

7 Výsledky

V tomto kvantitativní výzkumu porovnáváme dvě skupiny respondentů stejného pohlaví, věku a vzdělání, které se liší přítomností psychiatrické diagnózy depresivní epizody nebo rekurentní depresivní poruchy.

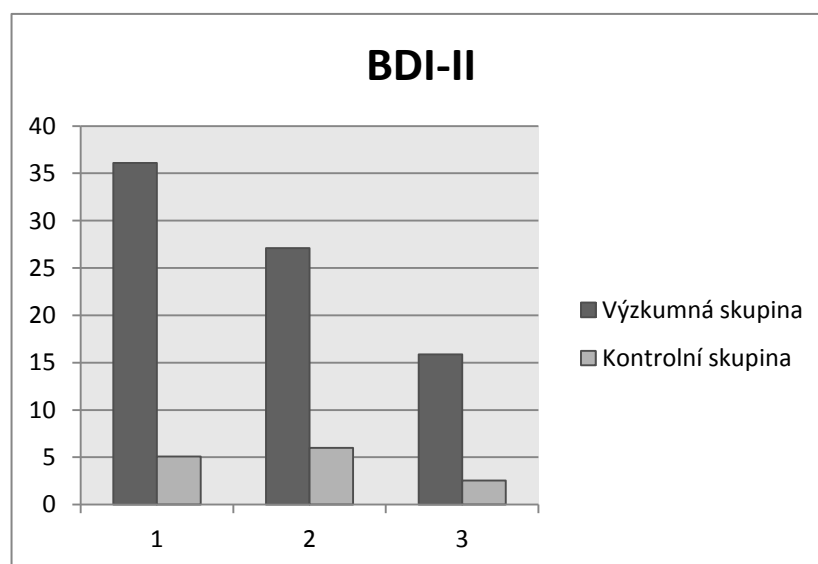
Hloubku momentální deprese jsme měřili pomocí dvou metod. První metodou byla škála MADRS, ve které hodnotí náladu výzkumník na základě rozhovoru s respondentem, druhou byla sebesposuzovací škála BDI-II, ve které náladu posuzuje respondent sám. Pro doplnění obrazu o stavu našich respondentů slouží Schwartzova škála. Jak bylo předpokládáno, výzkumná skupina vykazuje významně vyšší depresivitu a nižší míru duševní pohody než skupina kontrolní.

V MADRS dosahovala výzkumná skupina na počátku hospitalizace průměrně 31,63 bodů ($SD = 7,44$, min: 17, max: 47), na konci hospitalizace dosahovala průměrně 22,96 bodů ($SD = 8,72$, min: 8, max: 37) a po dalších dvou měsících získala průměrně 18,8 bodů ($SD = 9,54$, min: 2, max: 39). Naproti tomu kontrolní skupina dosáhla při prvním vyšetření průměrně 2,63 bodů ($SD = 3,12$, min: 0, max: 11), při druhém vyšetření 2,33 bodů ($SD = 3,36$, min: 0, max: 15) a při třetím vyšetření dosahovala průměrně 0,78 bodů ($SD = 1,47$, min: 0, max: 5). U obou skupin tedy můžeme vidět postupný pokles depresivní nálady, přičemž u výzkumné skupiny je tento pokles mnohem výraznější. Pro přehlednost uvádím data v následujícím grafu.



Graf 1: Výsledky MADRS během 1., 2. a 3. vyšetření

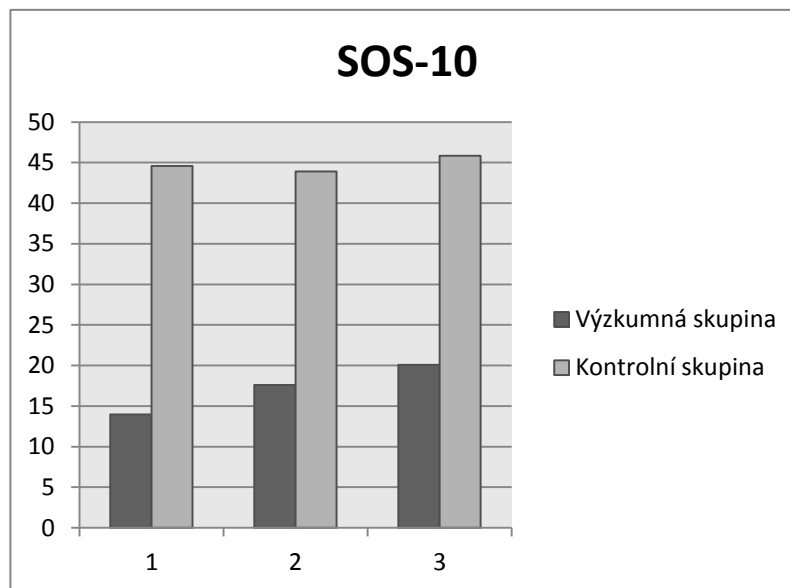
V BDI-II dosahovala výzkumná skupina při nástupu do léčby průměrně 36,10 bodů ($SD = 8,27$, min: 15, max: 52), na konci léčby dosahovala průměrně 27,10 bodů ($SD = 9,88$, min: 8, max: 50) a po dvou měsících od léčby 24,33 bodů ($SD = 13,56$, min: 0, max: 47). Kontrolní skupina dosahovala při prvním testování průměrně 5,07 bodů ($SD = 4,85$, min: 0, max: 20), při druhém testování 6,0 bodů ($SD = 5,47$, min: 0, max: 21) a při posledním testování získala kontrolní skupina průměrně 2,56 bodů ($SD = 2,73$, min: 0, max: 10). Ve výzkumné skupině opět vidíme pokles depresivity, který ale není tak výrazný jako u MADRS. Kontrolní skupina dosahovala nejvíce bodů v druhém testování, nejméně opět ve třetím. Výsledky BDI-II jsou ještě jednou shrnuty v Grafu 2.



Graf 2: Výsledky BDI-II během 1., 2. a 3. vyšetření

Škála SOS-10 nám pomohla nastínit to, jak respondenti vnímají kvalitu svého života a tzv. well-being. Výzkumná skupina získala na počátku hospitalizace průměrně 13,95 bodů ($SD = 5,85$, min: 0, max: 29), na konci hospitalizace získala průměrně 17,61 bodů ($SD = 8,57$, min: 2, max: 36) a při posledním vyšetření dosáhla 20,07 bodů ($SD = 12,54$, min: 5, max: 51). Kontrolní skupina získala v prvním testování průměrně 44,59 bodů ($SD = 9,98$, min: 0, max: 59), po měsíci dosáhla 43,93 bodů ($SD = 9,32$, min: 26, max: 57) a na konci výzkumu získala 45,83 bodů ($SD = 8,27$, min: 24, max: 60). Jak u výzkumné skupiny postupně klesala depresivní nálada, tak vzrůstal pocit duševní pohody. Kontrolní skupina má nejvyšší skóre, tedy i nejvyšší well-being, při druhém testování, což koresponduje s BDI-II, kde kontrolní

skupina dosahovala nejvyššího skóre při druhém ze všech tří šetření. Výsledky Schwartzovy škály jsou zaznamenány v Grafu 3.



Graf 3: Výsledky SOS-10 během 1., 2. a 3. vyšetření

Směrodatnou metodou pro posouzení zařaditelnosti respondenta do výzkumu byla pouze MADRS, v sebeposuzovací škále BDI-II mohou respondenti vědomě ovlivnit počet dosažených bodů. Obě metody byly v prvním šetření porovnány Pearsonovým i Spearmanovým korelačním koeficientem (Tabulka 4 a Tabulka 5). Oba ukázaly silnou závislost metod na hladině významnosti $\alpha = 0,01$, což znamená, že výzkumník i respondent vnímali respondentovu náladu velmi podobně.

		MADRS	BDI-II
MADRS	Pearson Correlation	1	0,931(**)
	Sig. (2-tailed)		0,000
	N	82	82
BDI-II	Pearson Correlation	0,931(**)	1
	Sig. (2-tailed)	0,000	
	N	82	82

Tabulka 4: Pearsonův korelační koeficient metod MADRS a BDI-II

** Correlation is significant at the 0,01 level (2-tailed).

			MADRS	BDI-II
Spearman's rho	MADRS	Correlation Coefficient	1,000	0,885(**)
		Sig. (2-tailed)		0,000
		N	82	82
	BDI-II	Correlation Coefficient	0,885(**)	1,000
		Sig. (2-tailed)	0,000	
		N	82	82

Tabulka 5: Spearmanův korelační koeficient metod MADRS a BDI-II

** Correlation is significant at the 0,01 level (2-tailed).

Sociální kognice byla v našem výzkumu měřena dvěma originálními metodami, které měly formu videí. Video měla simulovat reálnou situaci, kdy se v životě snažíme předvídat chování a jednání druhých. Položková analýza ukázala, že průměrně získali respondenti v obou úlohách přibližně pouze polovinu bodů.

Položková analýza metody Pravda nebo lež ukázala na poměrně velkou obtížnost úkolu. Nejtěžší byla nahrávka číslo 4 (záliba, lež), kterou správně odhadlo pouze 18 % participantů, nejjednodušší byla nahrávka číslo 8 (den, pravda), kterou správně zodpovědělo 70 % participantů. Žádný respondent nezískal všech 10 bodů, ale zároveň se nevyskytl nikdo, kdo by získal 0 bodů. V prvním vyšetření získali respondenti průměrně 4,32 bodů (SD = 1,44, min: 2, max: 8), v druhém 4,64 bodů (SD = 1,61, min: 2, max: 9) a v třetím šetření získali průměrně 4,7 bodů (SD = 1,45, min: 2, max: 7).

Metoda Schůzka na slepo na tom byla s obtížností podobně. Položková analýza ukázala, že celkově nejtěžší byla schůzka číslo 4 a nejjednodušší byla schůzka první. Nejobtížnější položky byly dvě, pouze 4 % respondentů správně odhadlo, že by žena na schůzce číslo 3 chtěla navázat s mužem dlouhodobý vztah a stejné procento respondentů odhadlo, že žena na schůzce číslo 4 by se s mužem na další schůzku nesešla. Druhou nejtěžší položkou byla opět odpověď z čtvrté schůzky, pouze 9 % probandů uvedlo, že muž by se se ženou na další schůzku nesešel. Nejjednodušší položka byla odpověď ze schůzky číslo 1. 99 % probandů zodpovědělo správně, že by žena s mužem nechtěla navázat dlouhodobý vztah. Druhá nejjednodušší položka

je v schůzce číslo 5, kde 94 % respondentů opět správně uvedlo, že by žena s mužem nechtěla navázat dlouhodobý vztah. Žádný respondent nezískal v úloze maximum dosažitelných bodů, tedy 24, na druhou stranu nikdo nezískal 0 bodů. Při prvním vyšetření získali respondenti v této úloze průměrně 12,95 bodů (SD = 1,9, min: 8, max: 18), při druhém testování 13 bodů (SD = 2,75, min: 6, max: 19) a během třetího šetření získali průměrně 12,94 bodů (SD = 2,39, min: 7, max: 18).

Následně byla porovnána závislost mezi výzkumnými metodami Pravda nebo lež a Schůzka na slepo. Pearsonův ani Spearmanův korelační koeficient neukázal u metod při prvním šetření signifikantní závislost, což bohužel pro náš výzkum naznačuje, že metody nejspíš měří dvě různé schopnosti (Tabulka 6 a Tabulka 7).

		Pravda nebo lež	Schůzka na slepo
Pravda nebo lež	Pearson Correlation	1	0,126
	Sig. (2-tailed)		0,258
	N	82	82
Schůzka na slepo	Pearson Correlation	0,126	1
	Sig. (2-tailed)	0,258	
	N	82	82

Tabulka 6: Pearsonův koeficient metod Pravda nebo lež a Schůzka na slepo

			Pravda nebo lež	Schůzka na slepo
Spearman's rho	Pravda nebo lež	Correlation Coefficient	1,000	0,093
		Sig. (2-tailed)		0,404
		N	82	82
	Schůzka na slepo	Correlation Coefficient	0,093	1,000
		Sig. (2-tailed)	0,404	
		N	82	82

Tabulka 7: Spearmanův korelační koeficient metod Pravda nebo lež a Schůzka na slepo

Při testování stanovených hypotéz byly použity neparametrické testy, konkrétně Wilcoxonův a Mann-Whitneyho U test, jelikož rozložení výzkumného souboru neodpovídá normálnímu rozdělení. Hladina významnosti pro ověřování hypotéz byla stanovena $\alpha = 0,05$. Výsledky jsou, kromě páté a šesté hypotézy, vždy vztahovány k prvnímu vyšetření, jelikož druhého a třetího šetření se zúčastnilo výrazně méně respondentů.

H1: Výzkumná skupina vykazuje v úloze Pravda nebo lež lepší výkon než kontrolní skupina.

Na základě výsledků Mann-Whitneyho U testu nebyl v metodě Pravda nebo lež zjištěn statisticky významný rozdíl ve výkonu mezi výzkumnou a kontrolní skupinou (Tabulka 8 a Tabulka 9). Depresivní osoby tedy vykazují v metodě stejné výsledky jako zdraví jedinci. Hypotéza se nepotvrdila.

		N	Průměr	Minimum	Maximum	Směrodatná odchylka
Počet správných odpovědí Pravda nebo lež	VS	41	4,56	2	8	1,36
	KS	41	4,07	2	8	1,47

Tabulka 8: Popisná statistika výkonů VS a KS v úloze Pravda nebo lež

	Počet správných odpovědí Pravda nebo lež
Mann-Whitney U	659,000
Wilcoxon W	1520,000
Z	-1,726
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,84

Tabulka 9: Testová statistika výkonů VS a KS v úloze Pravda nebo lež

H2: Výzkumná skupina vykazuje v úloze Schůzka na slepo lepší výkon než kontrolní skupina.

Druhá výzkumná metoda Schůzka na slepo byla ověřena Mann-Whitneyho U testem. Výsledky testu ukazují, že mezi výzkumnou a kontrolní skupinou není v úloze Schůzka na slepo signifikantní rozdíl (Tabulka 10 a Tabulka 11). Druhá

hypotéza se tímto nepotvrzuje, depresivní respondenti vykazují stejné výsledky jako zdraví respondenti.

		N	Průměr	Minimum	Maximum	Směrodatná odchylka
Počet správných odpovědí Schůzka na slepo	VS	41	13,1	8	18	2,14
	KS	41	12,8	10	17	1,61

Tabulka 10: Popisná statistika výkonů VS a KS v úloze Schůzka na slepo

	Počet správných odpovědí Schůzka na slepo
Mann-Whitney U	790,000
Wilcoxon W	1615,000
Z	-477
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,634

Tabulka 11: Testová statistika výkonů VS a KS v úloze Schůzka na slepo

H3: Výzkumná skupina vykazuje v negativních odpovědích v úloze Pravda nebo lež lepší výkon než kontrolní skupina.

Třetí hypotézu ohledně negativních odpovědí v úloze Pravda nebo lež jsme testovali pomocí Mann-Whitneyho U testu. Výsledky ukazují, že mezi výzkumnou a kontrolní skupinou není v počtu správných negativních odpovědí v této metodě statisticky významný rozdíl (Tabulka 12 a Tabulka 13). Třetí hypotéza se nepotvrdila.

		N	Průměr	Minimum	Maximum	Směrodatná odchylka
Počet správných odpovědí „lež“	VS	41	1,8	0	4	1,13
	KS	41	1,49	0	3	0,91

Tabulka 12: Popisná statistika výkonů VS a KS v negativních odpovědích v úloze Pravda nebo lež

	Počet správných odpovědí „lež“
Mann-Whitney U	709,000
Wilcoxon W	1570,000
Z	-1,269
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,205

Tabulka 13: Testová statistika výkonů VS a KS v negativních odpovědích v úloze Schůzka na slepo

H4: Výzkumná skupina vykazuje v negativních odpovědích v úkolu Schůzka na slepo lepší výkon než kontrolní skupina.

Čtvrtou hypotézu jsme se také snažili potvrdit pomocí Mann-Whitneyho U testu. Výsledky ukazují, že se výzkumná a kontrolní skupina ve výkonu správně zodpovězených negativních odpovědí v úkolu Schůzka na slepo statisticky významně neliší (Tabulka 14 a Tabulka 15). Hypotéza se tedy nepotvrdila.

		N	Průměr	Minimum	Maximum	Směrodatná odchylka
Počet správných odpovědí „b“	VS	41	8,9	4	13	2,32
	KS	41	9,02	4	14	2,04

Tabulka 14: Popisná statistika výkonů VS a KS v negativních odpovědích v úloze Schůzka na slepo

	Počet správných odpovědí „b“
Mann-Whitney U	766,500
Wilcoxon W	1627,500
Z	-690
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,490

Tabulka 15: Testová statistika výkonů VS a KS v negativních odpovědích v úloze Schůzka na slepo

H5: Výkon výzkumné skupiny se v metodě Pravda nebo lež během hospitalizace a po návratu domů liší.

Vývoj výkonu výzkumné i kontrolní skupiny jsme v úloze Pravda nebo lež sledovali pomocí Wilcoxonova testu. Výsledky neukázaly žádné signifikantní rozdíly mezi prvním, druhým a třetím vyšetřením u výzkumné ani u kontrolní skupiny (Tabulka 16, Tabulka 17 a Tabulka 18). Přehled průměrných výsledků je uveden v Grafu 4. Platí tedy, že výkon depresivních participantů se v metodě Pravda nebo lež během hospitalizace a po návratu domů neliší, hypotéza se nepotvrdila.

		1. vyšetření	2. vyšetření	3. vyšetření
Průměrný počet správných odpovědí Pravda nebo lež	VS	4,56	4,52	4,67
	KS	4,07	4,74	4,72

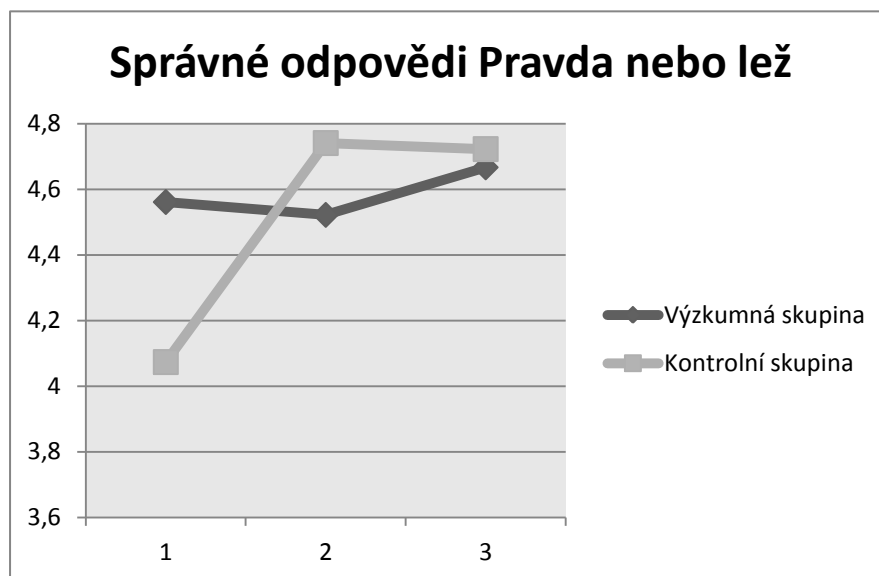
Tabulka 16: Průměrný počet správných odpovědí v úloze Pravda nebo lež ve VS a KS během 1., 2. a 3. vyšetření

VS	Srovnání počtu správných odpovědí během 1. a 2. vyšetření	Srovnání počtu správných odpovědí během 2. a 3. vyšetření
Z	-0,193(a)	-0,284(a)
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,847	0,776

Tabulka 17: Testová statistika výkonu VS v úloze Pravda nebo lež během 1., 2. a 3. vyšetření

KS	Srovnání počtu správných odpovědí během 1. a 2. vyšetření	Srovnání počtu správných odpovědí během 2. a 3. vyšetření
Z	-1,577(a)	-0,024(b)
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,115	0,306

Tabulka 18: Testová statistika výkonu KS v úloze Pravda nebo lež během 1., 2. a 3. vyšetření



Graf 4: Srovnání VS a KS v úloze Pravda nebo lež během 1., 2. a 3. vyšetření

H6: Výkon výzkumné skupiny se v metodě Schůzka na slepo během hospitalizace a po návratu domů liší.

Poslední hypotézu ohledně vývoje výkonu v úloze Schůzka na slepo jsme testovali pomocí Wilcoxonova testu. Výsledky opět neukázaly statisticky významné rozdíly mezi prvním, druhým a třetím šetřením u výzkumné ani u kontrolní skupiny (Tabulka 19, Tabulka 20 a Tabulka 21). Přehled průměrných výsledků je uveden v Grafu 5. Výkon depresivních participantů se v metodě Schůzka na slepo během hospitalizace a po návratu domů neliší, H6 se tedy také nepotvrdila.

		1. vyšetření	2. vyšetření	3. vyšetření
Průměrný počet správných odpovědí Schůzka na slepo	VS	13,1	12,52	13,07
	KS	12,8	13,4	12,83

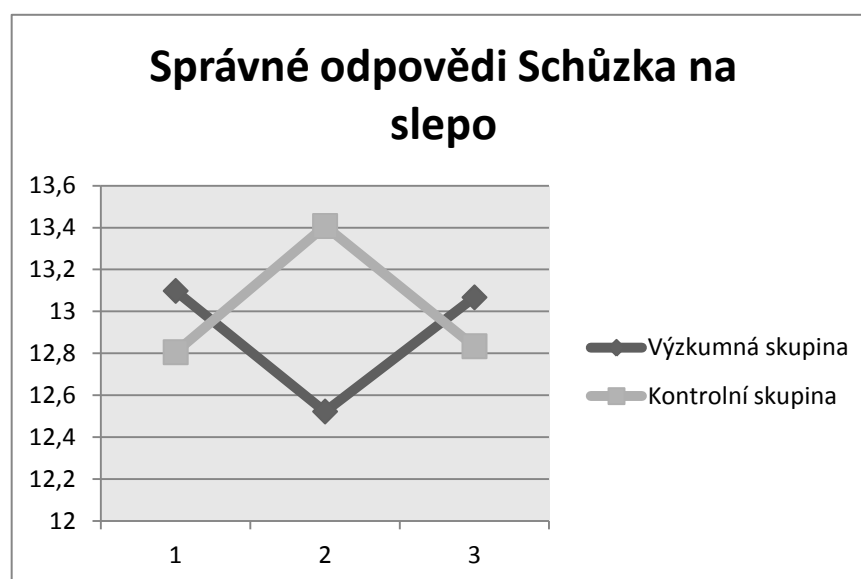
Tabulka 19: Průměrný počet správných odpovědí v úloze Schůzka na slepo ve VS a KS během 1., 2. a 3. vyšetření

VS	Srovnání počtu správných odpovědí během 1. a 2. vyšetření	Srovnání počtu správných odpovědí během 2. a 3. vyšetření
Z	-0,170(a)	-0,353(b)
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,865	0,724

Tabulka 20: Testová statistika výkonu VS v úloze Schůzka na slepo během 1., 2. a 3. vyšetření

KS	Srovnání počtu správných odpovědí během 1. a 2. vyšetření	Srovnání počtu správných odpovědí během 2. a 3. vyšetření
Z	-2,153(a)	-1,656(b)
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,031	0,098

Tabulka 21: Testová statistika výkonu KS v úloze Schůzka na slepo během 1., 2. a 3. vyšetření



Graf 5: Srovnání VS a KS v úloze Schůzka na slepo během 1., 2. a 3. vyšetření

Z grafů můžeme vyčíst, že při prvním šetření měla výzkumná skupina u obou metod lepší výsledky než skupina kontrolní, nicméně bodový rozdíl není natolik velký, abychom mohli mluvit o statistické významnosti.

Jelikož se během prvního, druhého a třetího vyšetření výrazně měnila hloubka deprese, H5 a H6 jsme ještě doplnili ověřením vztahu mezi hloubkou deprese

a testovými metodami zkoumajícími sociální kognici. Závislost mezi MADRS a metodami Pravda nebo lež a Schůzka na slepo byla u každého souboru zvlášť ověřena Spearmanovým korelačním koeficientem. U výzkumné skupiny vyšla slabá záporná korelace mezi MADRS a metodou Pravda nebo lež na hladině významnosti $\alpha = 0,05$. Výsledek naznačuje, že čím méně bodů dosáhli depresivní jedinci v metodě MADRS, tím lépe si vedli v úloze Pravda nebo lež. U metody Schůzka na slepo výsledky ve výzkumné skupině statisticky významný vztah neukázaly (Tabulka 22). Výsledky kontrolní skupiny neukázaly žádnou signifikantní korelaci mezi metodami (Tabulka 23).

			MADRS	Pravda nebo lež	Schůzka na slepo
Spearman's rho	MADRS	Correlation Coefficient	1,000	-0,301(*)	-0,119
		Sig. (2-tailed)		0,056	0,46
		N	41	41	41
	Pravda nebo lež	Correlation Coefficient	-0,301(*)	1,000	0,147
		Sig. (2-tailed)	0,056		0,358
		N	41	41	41
	Schůzka na slepo	Correlation Coefficient	0,119	0,147	1,000
		Sig. (2-tailed)	0,46	0,358	
		N	41	41	41

Tabulka 22: Spearmanův korel. koeficient metod MADRS, Pravda nebo lež a Schůzka na slepo ve VS

*Correlation is significant at the 0,05 level (2-tailed).

			MADRS	Pravda nebo lež	Schůzka na slepo
Spearman's rho	MADRS	Correlation Coefficient	1,000	0,136	0,226
		Sig. (2-tailed)		0,396	0,156
		N	41	41	41
	Pravda nebo lež	Correlation Coefficient	0,136	1,000	0,024
		Sig. (2-tailed)	0,396		0,88
		N	41	41	41
	Schůzka na slepo	Correlation Coefficient	0,226	0,024	1,000
		Sig. (2-tailed)	0,156	0,88	
		N	41	41	41

Tabulka 23: Spearmanův korel. koeficient metod MADRS, Pravda nebo lež a Schůzka na slepo v KS

Všech šest hypotéz bylo podroběno testování, bohužel ani jedna hypotéza se v našem výzkumu nepotvrdila. Kromě míry depresivity a duševní pohody se výzkumná a kontrolní skupina v žádné jiné zkoumané charakteristice neliší. Lepší výkon osob s depresí v úkolech zaměřených na sociální kognici se neprokázal.

8 Diskuze

Cílem výzkumu bylo zjistit, jaký mají depresivní jedinci výkon v úlohách měřících sociální kognici v porovnání se zdravou populací. Studie navazuje na několik podobných výzkumů uskutečněných v zahraničí. Snažili jsme se potvrdit evoluční teorie deprese v čele s analytickou ruminační teorií, které tvrdí, že depresivní jedinci mají lepší odhad v komplexních sociálních situacích. Ve výzkumu nás konkrétně zajímalo, zda participanti hospitalizovaní pro depresi mají statisticky významně lepší výkon v originálních metodách, vytvořených pro naše účely. Dále nás zajímalo, zda jsou jejich výsledky v negativních odpovědích lepší, tedy zda vykazují znaky depresivního realismu, a jak se jejich výkon vyvíjí v čase během hospitalizace a po návratu domů.

Metoda Pravda nebo lež navazuje na výzkum, který uskutečnili Forgas a East (2008). Ve výzkumu jsme také použili nahrávky výpovědí osob, o kterých měli respondenti rozhodnout, zda jsou pravdivé či lživé. Hlavní rozdíl mezi našimi výzkumy spočívá v tom, že Forgas a East zkoumali vliv smutné a veselé nálady a my jsme zkoumali rozdíly mezi depresivními a zdravými jedinci. Autoři studie dokázali, že navozená nálada ovlivňuje důvěřivost a přesnost lidí, pokud mají hodnotit druhé, a že respondenti s navozenou smutnou náladou vykazují lepší výsledky v odhalení lži (Forgas & East, 2008). V naší studii jsme předpokládali, že osoby, které trpí intenzivní smutnou náladou dlouhodobě, budou oproti zdravým jedincům také méně důvěřiví a budou přesnější v úloze Pravda nebo lež. Tato hypotéza se nicméně nepotvrdila, výzkumná skupina měla zcela srovnatelné výsledky jako skupina kontrolní. Smutná nálada tedy pozitivně ovlivňuje plnění daného úkolu, avšak pouze pokud má přechodný a nepatologický charakter.

Druhá metoda našeho výzkumu Schůzka na slepo byla inspirovaná studií Greenwalta a Hayes (2012). Tito výzkumníci zkoumali sociální kognici u osob, které měli depresi v anamnéze nebo byli aktuálně dysforičtí, což se více přibližuje našemu výzkumu. Výsledky studie ukázaly, že aktuální dysforie nebyla asociována s lepším výkonem, nicméně minulá zkušenost s depresí byla spojena s lepšími výsledky v negativních, ale ne v pozitivních odpovědích (Greenwalt & Hayes, 2012). Toto

zjištění nás vedlo ke zkoumání nejen celkových výsledků, nýbrž i ke zkoumání přesnosti odhadů pouze u negativních odpovědí. Nicméně ani v úloze Schůzka na slepo, ani v negativním odhadu u obou metod se výsledky výzkumné a kontrolní skupiny statisticky významně neliší. Depresivní osoby v našem výzkumu tedy nebyly nijak výrazně citlivější vůči rozeznání odmítnutí nebo rozeznání lži, což odporuje výsledkům studie Greenwalta a Hayes.

Nakonec jsme zkoumali, jak se vyvíjí výkon výzkumného souboru v námi předložených metodách během časového období několika měsíců. Smutná nálada sice u depresivních respondentů výrazně klesala, ale na výsledky nemělo toto zlepšení nálady žádný významný vliv. Můžeme tedy konstatovat, že míra depresivity nemá na předložené úlohy, zaměřené na sociální kognici, statisticky významný vliv.

Výsledky studie nepotvrdily ani jednu z předložených hypotéz. Schopnosti výzkumné skupiny nejsou ani lepší ani horší než výsledky kontrolní skupiny. Evoluční teorie sice potvrzeny nebyly, na druhou stranu nebyly potvrzeny ani většinově přijímané teorie, které tvrdí, že depresivní jedinci jsou v oblastech sociální kognice méně zdatní než jedinci bez deprese. Výsledky, které nám ukazují, že depresivní osoby mají v našich úlohách naprosto srovnatelný výkon se zdravou populací, je také možno považovat za zajímavé.

Během realizace výzkumu nám vysvětlily některé jeho limity, kvůli kterým se domnívám, že nemůžeme výsledky generalizovat na všechny depresivní osoby nebo dokonce na celou populaci. Původním cílem bylo sesbírat data od padesáti depresivních a padesáti nedeprativních osob. Nicméně výsledek čtyřicet jedna respondentů z každé výzkumné skupiny považuji za úspěch. Limitací výzkumu je zřejmě nízká motivace participantů, vyšetření probíhalo přibližně hodinu a respondenti ho vnímali jako poměrně namáhavé. Po skončení hospitalizace bylo proto velmi náročné se s participanty znovu spojit a uskutečnit třetí závěrečné vyšetření.

Druhou limitací studie je fakt, že participantů do kontrolní skupiny byli vyhledáváni mezi rodinou, přáteli a známými. Jejich motivace mohla být ovlivněna vztahem k výzkumníkovi, což mohlo zkreslit jejich výsledky jak v metodách zjišťujících náladu, tak v metodách měřících sociální kognici.

Dalšími limity mohou být metody, které byly vytvořeny pro účely tohoto výzkumu. V práci bohužel nebyl prostor zabývat se jejich validitou a reliabilitou. Tyto vlastnosti by měly být pro platnost našich výsledků v budoucnu více prozkoumané. Uvědomujeme si, že studenti nahrávání na videa nejsou zcela optimální metodou, jak zkoumat sociální kognici, jelikož může dojít ke zkreslení hned z několika stran. Herci mohli být v přítomnosti kamery a výzkumníků v jedné místnosti nervózní, jejich chování proto nemuselo být zcela přirozené. Na videích se objevovali jen mladí vysokoškolští studenti a studentky psychologických a matematických oborů. Respondenti, kteří mají k těmto lidem blíže, například spolužáci z oboru, se mohou ve výkonu od respondentů, kteří se mezi vysokoškoláky nepohybují, lišit.

Výsledky korelací metod Pravda nebo lež a Schůzka na slepo neukázaly na statisticky významný vztah mezi těmito úlohami. Toto zjištění naznačuje, že každá z metod zřejmě měří jinou část zkoumané, velmi komplexní schopnosti sociální kognice. Natočená videa byla ovšem dobře dostupný způsob, jak před respondenty dostat reálnou sociální situaci, která by mohla být hodnocená a měřitelná. Kvůli těmto vlastnostem zvolili metodu videí i zkušenější výzkumníci, na které jsme chtěli naší studií navázat.

Závěrem můžeme říci, že se neprokázal pozitivní ani negativní vliv depresivní poruchy na výkon u úloh zaměřených na sociální kognici. Ačkoliv nebyla potvrzena adaptivní funkce deprese, bylo poukázáno na komplexnost a nejednostrannost této poruchy a na jiný možný úhel pohledu zkoumání deprese a jejího vlivu na kognitivní funkce. Studie snad podnítí další výzkumy na toto u nás tak málo probádané téma.

IV. ZÁVĚR

Cílem práce bylo představit nový pohled na depresivní onemocnění, který zdůrazňuje její evoluční adaptabilitu a možný pozitivní vliv na kognitivní funkce. Dalším cílem bylo na tyto poznatky navázat vlastním výzkumem, který je zaměřený na sociální kognici depresivních pacientů.

V teoretické části byla nejprve popsána depresivní porucha, její výskyt, průběh, klasifikace, diagnostika a léčba. Dále byl věnován prostor teoriím deprese, převážně pak těm evolučním, zejména analytické ruminační teorii Andrewse a Thomsona. Poslední kapitola teoretické části práce se věnuje vlivu smutné nálady a depresivní poruchy na sociální kognici. Nejdříve je vymezen pojem sociální kognice, poté je věnována pozornost sociálním schématům a vlivu emocí na sociální poznávání. Jsou zde popsány výhody smutné nálady a konečně možný pozitivní vliv deprese. Důraz je kladen na současné studie, kterými byl inspirován i náš vlastní výzkum.

V návaznosti na teoretickou část následuje část empirická. Popsán je cíl a výzkumné otázky s hypotézami. Dále je představen výzkumný soubor, který je rozdělen na skupinu výzkumnou a kontrolní. Předloženy jsou výzkumné metody mimo jiné s dvěma originálními testovými úlohami a postup, jakým vyšetření respondentů probíhalo. Výsledky byly statisticky zpracovány a jsou uvedeny postupně podle stanovených hypotéz. V našem výzkumu dosáhla výzkumná a kontrolní skupina srovnatelných výsledků, takže nemůžeme předložit důkaz o pozitivním vlivu deprese. Nicméně důkaz o tom, že depresivní osoby v této oblasti žádné deficity nevykazují, podat můžeme. Poslední kapitola se věnuje diskuzi nad provedeným výzkumem, obzvlášť nad jeho limity.

Literatura zabývající se touto oblastí v České republice téměř vůbec neexistuje. Budeme doufat, že tento výzkum není poslední, který se u nás na toto téma uskuteční. Výskyt deprese u nás i v zahraničí stále roste, proto je nutné toto onemocnění probádat co nejpodrobněji a ze všech možných úhlů.

Literatura

Andrews, P. W. & Thomson, J. J. (2009). The bright side of being blue: Depression as an adaptation for analyzing complex problems. *Psychological Review*, 116(3), 620–654.

Au, K., Chan, F., Wang, D. & Vertinsky, I. (2003). Mood in foreign exchange trading: Cognitive processes and performance. *Organizational Behaviour and Human Decision Processes*, 91, 322–338.

Barrett, L., Dunbar, R. & Lycett, J. (2007). *Evoluční psychologie*. Praha: Portál.

Bartošková, M., Preiss, M., Mikoláš, P., Ševčíková, M. & Uhmánová, M. (2015). Deprese perspektivou evoluční teorie. *Psychiatrie*, 19(3), 147–152.

Baumgartner, F. (2008) Sociální poznávání. In Výrost, J. & Slaměník, I. (eds.), *Sociální psychologie: 2., přepracované a rozšířené vydání*. 181–195, Praha: Grada.

Beck, A. T. (2005). *Kognitivní terapie a emoční poruchy*. Praha: Portál.

Dragomirecká, E., Lenderking, W. R., Motlová, L., Goppoldová, E., Šelepová, P. (2006). A brief mental health outcomes measure: Translation and validation of the Czech version of the Schwartz Outcomes Scale-10. *Quality of Life Research*, 15, 307–312.

Fiedler, K. & Bless, H. (2006). Sociální kognice. In Hewstone, M. & Stroebe, W., *Sociální psychologie*. 149–187, Praha: Portál.

Forgas, J. P. (2008). Affect and Cognition. *Perspectives on Psychological Science*, 3(2), 94–101.

Forgas, J. P. & East, R. (2008). On Being Happy and Gullible: Mood Effects on Skepticism and the Detection of Deception. *Journal of Experimental Social Psychology*, 44, 1362–1367.

Greenwalt, D. S. & Hayes, A. M. (2012). Is Past or Current Dysphoria Associated with Social Perception? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 31(4), 329–355.

Hagen, E. H. (2011). Evolutionary Theories of Depression: A Critical Review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 56(12), 716–726.

Hartl, P. (2004). *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál.

Helversen, B., Wilke, A., Johnson, T. & Schmidt, G. (2011). Performance Benefits of Depression: Sequential Decision Making in a Healthy Sample and a Clinically Depressed Sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 120(4), 962–968.

Hokason, J. E., Sacco, W. P., Blumberg, S. R. & Landrum, G. C. (1980). Interpersonal Behaviour of Depressive Individuals in a Mixed-Motive Game. *Journal of Abnormal Psychology*, 89(3), 320–332.

Hosák, L., Hrdlička, M., Libiger, J. et al. (2015). *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum.

Höschl, C., Libiger, J. & Švestka, J. (2004). *Psychiatrie: II. doplněné a opravené vydání*. Praha: Tigis.

MKN-10: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize: aktualizovaná druhá verze k 1. 1. 2009 [Online]. Retrieved from <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F30-F39.html>

Montgomery, S. A. & Åsberg, M. (1979). A New Depression Scale Designed to Be Sensitive to Change. *British Journal of Psychiatry*, 134(4), 382–389.

Nakonečný, M. (2009). *Sociální psychologie: Rozšířené a přepracované vydání*. Praha: Academia.

Neenan, M. & Dryden, W. (2008). *Stručný přehled: Kognitivní terapie*. Praha: Portál.

Nesse, R. (1991). What Good is Feeling Bad – The Evolutionary Benefits of Psychic Pain. *Sciences-New York*, 31(6), 30–37.

Praško, J., Prašková, H. & Prašková J. (2003). *Deprese a jak ji zvládat: Stop zoufalství a beznaději*. Praha: Portál.

Preiss, M., Mikoláš, P. & Bartošková, M. (2014). Pozitivní význam deprese. *Psychoterapie*, (2), 161–168.

Preiss, M., & Vacíř, K. (1999). *Beckova sebesuzovací stupnice deprese. Příručka*. Brno: Psychodiagnostika.

Raboch, J., Hrdlička, M., Möhr, P., Pavlovský, P. & Ptáček, R. (eds.) 2015. *DSM-5: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe – Testcentrum.

Svoboda, M., Češková, E. & Kučerová, H. (2012). *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál.

Ševčíková, M. (2015). *Sociálne kognície depresivných pacientov* [Online]. Retrieved from <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/151147>

Seznam tabulek a grafů

Tabulka 1: Demografické charakteristiky výzkumného souboru

Tabulka 2: Jednotlivé nahrávky metody Pravda nebo lež

Tabulka 3: Jednotlivé nahrávky metody Schůzka na slepo

Tabulka 4: Pearsonův korelační koeficient metod MADRS a BDI-II

Tabulka 5: Spearmanův korelační koeficient metod MADRS a BDI-II

Tabulka 6: Pearsonův koeficient metod Pravda nebo lež a Schůzka na slepo

Tabulka 7: Spearmanův korelační koeficient metod Pravda nebo lež a Schůzka na slepo

Tabulka 8: Popisná statistika výkonů VS a KS v úloze Pravda nebo lež

Tabulka 9: Testová statistika výkonů VS a KS v úloze Pravda nebo lež

Tabulka 1024: Popisná statistika výkonů VS a KS v úloze Schůzka na slepo

Tabulka 11: Testová statistika výkonů VS a KS v úloze Schůzka na slepo

Tabulka 12: Popisná statistika výkonů VS a KS v negativních odpovědích v úloze Pravda nebo lež

Tabulka 13: Testová statistika výkonů VS a KS v negativních odpovědích v úloze Schůzka na slepo

Tabulka 14: Popisná statistika výkonů VS a KS v negativních odpovědích v úloze Schůzka na slepo

Tabulka 15: Testová statistika výkonů VS a KS v negativních odpovědích v úloze Schůzka na slepo

Tabulka 16: Průměrný počet správných odpovědí v úloze Pravda nebo lež ve VS a KS během 1., 2. a 3. vyšetření

Tabulka 17: Testová statistika výkonu VS v úloze Pravda nebo lež během 1., 2. a 3. vyšetření

Tabulka 18: Testová statistika výkonu KS v úloze Pravda nebo lež během 1., 2. a 3. vyšetření

Tabulka 19: Průměrný počet správných odpovědí v úloze Schůzka na slepo ve VS a KS během 1., 2. a 3. vyšetření

Tabulka 20: Testová statistika výkonu VS v úloze Schůzka na slepo během 1., 2. a 3. vyšetření

Tabulka 21: Testová statistika výkonu KS v úloze Schůzka na slepo 1., 2. a 3. vyšetření

Tabulka 22: Spearmanův korelační koeficient metod MADRS, Pravda nebo lež a Schůzka na slepo ve VS

Tabulka 23: Spearmanův korelační koeficient metod MADRS, Pravda nebo lež a Schůzka na slepo v KS

Graf 1: Výsledky MADRS během 1., 2. a 3. vyšetření

Graf 2: Výsledky BDI-II během 1., 2. a 3. vyšetření

Graf 3: Výsledky SOS-10 během 1., 2. a 3. vyšetření

Graf 4: Srovnání VS a KS v úloze Pravda nebo lež během 1., 2. a 3. vyšetření

Graf 5: Srovnání VS a KS v úloze Schůzka na slepo během 1., 2. a 3. vyšetření

Seznam příloh

Příloha 1: Informovaný souhlas pro herce

Příloha 2: Dotazník pro herce Pravda nebo lež

Příloha 3: Záznamový arch Pravda nebo lež

Příloha 4: Dotazník pro herce Schůzka na slepo

Příloha 5: Záznamový arch Schůzka na slepo

Příloha 6: Screening participanta výzkumné skupiny před vyšetřením

Příloha 7: Screening participanta kontrolní skupiny před vyšetřením

Příloha 8: Informovaný souhlas pro participanta

Příloha 9: Demografický dotazník

Přílohy

Příloha 1: Informovaný souhlas pro herce

Informovaný souhlas s účastí ve výzkumném projektu *Pozitivní vliv deprese na řešení analytických problémů*

- 1) Byl/a jsem seznámen/a s informacemi o výzkumném projektu *Pozitivní vliv deprese na řešení analytických problémů* a porozuměl/a jsem údajům v něm obsaženým. Všechny mé dotazy a připomínky byly zodpovězeny k mé spokojenosti.
- 2) Jsem si vědom/a, že má účast ve výzkumném projektu je zcela dobrovolná.
- 3) Jsem si vědom/a, že svůj souhlas s účastí ve výzkumném projektu mohu stáhnout kdykoli bez udání důvodu.

.....
Jméno a příjmení a datum
(vlastní rukou pokusné osoby)

.....
Podpis

.....
Jméno a příjmení výzkumníka

.....
Podpis

Příloha 2: Dotazník pro herce Pravda nebo lež

Dotazník Pravda nebo lež Psychiatrické Centrum Praha

Poskytnuté informace budou použity pro účely výzkumu, všechny informace budou anonymizovány.

Jméno a příjmení vyplňujícího:

Včerejší den

1) Vyskytla se ve Vašem *lživém* sdělení o včerejším dnu informace, která byla *pravdivá*?

(zakroužkujte prosím odpověď) **ANO** **NE**

2) V případě, že ano, mohl/a byste prosím uvést tuto *pravdivou* informaci?

3) Vyskytla se ve Vašem *pravdivém* sdělení o včerejším dni informace, která byla *lživá*?

(zakroužkujte prosím odpověď) **ANO** **NE**

4. V případě, že ano, mohl/a byste prosím uvést tuto *lživou* informaci?

Záliba

5. Vyskytla se ve Vašem *lživém* sdělení o zálibě informace, která byla *pravdivá*?

(zakroužkujte prosím odpověď) **ANO** **NE**

6. V případě, že ano, mohl/a byste prosím uvést tuto *pravdivou* informaci?

7. Vyskytla se ve Vašem *pravdivém* sdělení o Vašem koníčku informace, která byla *lživá*?

(zakroužkujte prosím odpověď) **ANO** **NE**

8. V případě, že ano, mohl/a byste prosím uvést tuto *lživou* informaci?

Příloha 3: Záznamový arch Pravda nebo lež

číslo dotazníku:

Pravda nebo lež?

NÁRODNÍ ÚSTAV DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ

**Vaším úkolem je pokusit se rozpoznat, zda jsou výpovědi osob, které
budete sledovat pravdivé či lživé.**

Svou odpověď prosím vždy zakroužkujte.

OSOBA / 1 /	mluví pravdu	lže
OSOBA / 2 /	mluví pravdu	lže
OSOBA / 3 /	mluví pravdu	lže
OSOBA / 4 /	mluví pravdu	lže
OSOBA / 5 /	mluví pravdu	lže
OSOBA / 6 /	mluví pravdu	lže
OSOBA / 7 /	mluví pravdu	lže
OSOBA / 8 /	mluví pravdu	lže
OSOBA / 9 /	mluví pravdu	lže
OSOBA / 10 /	mluví pravdu	lže

Příloha 4: Dotazník pro herce Schůzka na slepo

Dotazník Schůzka na slepo Psychiatrické Centrum Praha

Poskytnuté informace budou použity pro účely výzkumu, všechny informace budou anonymizovány.

jméno a příjmení vyplňujícího:

párová osoba (doplňuje výzkumník):

1. Měl/a byste chuť se s osobou, se kterou jste se právě setkal/a, znovu sejít na opravdové rande?

(zakroužkujte prosím odpověď) **ANO** **NE**

2. Do jaké míry je pro Vás tato osoba celkově atraktivní?

(zakroužkujte prosím odpověď)

1 (není pro mě atraktivní) **2** (málo atraktivní) **3** (průměrně atraktivní)
4 (spíše atraktivní) **5** (velmi atraktivní)

3. Měl/a byste zájem s touto osobou navázat dlouhodobý vztah?

(zakroužkujte prosím odpověď) **ANO** **NE**

4. Jak hodnotíte psychické vlastnosti osoby, se kterou jste se právě sešel/a?

(zakroužkujte prosím odpověď)

1 (negativně) **2** (spíše negativně) **3** (průměr) **4** (spíše pozitivně) **5** (velmi pozitivně)

5. Jak hodnotíte tělesnou atraktivitu osoby, se kterou jste se právě setkal/a?

(zakroužkujte prosím odpověď)

1 (není pro mě atraktivní) **2** (málo atraktivní) **3** (průměrně atraktivní)
4 (poměrně atraktivní) **5** (velmi atraktivní)

6. Znáte z minulosti osobu, se kterou jste se právě u tohoto experimentu sešel/a?

(zakroužkujte prosím odpověď) **ANO** **NE**

7. V případě, že ano, popište, prosím, váš vztah (tj. jak dlouho se znáte; odkud se znáte; jak často se setkáváte?).

Příloha 5: Záznamový arch Schůzka na slepo

Speed Dating

NÁRODNÍ ÚSTAV DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ

Uvidíte záznamy párů, které se poprvé setkaly na schůzce. Vaším úkolem bude pokusit se odhadnout, zda by spolu muž a žena šli na další schůzku a zda by spolu měli zájem navázat dlouhodobý vztah.

U každé otázky vyberte prosím jednu variantu, A nebo B. Svou odpověď prosím vždy zakroužkujte.

SCHŮZKA / 1 /

1.

A) muž by se ženou **sešel** na další schůzku B) muž by se ženou na další **schůzku** nesešel

2.

A) žena by se s mužem **sešla** na další schůzku B) žena by se s mužem na další schůzku **nesešla**

3.

A) muž by **měl** zájem navázat se ženou B) muž by **neměl** zájem navázat se ženou
dlouhodobý vztah dlouhodobý vztah

4.

A) žena by **měla** zájem navázat s mužem B) žena by **neměla** zájem navázat s mužem
dlouhodobý vztah dlouhodobý vztah

SCHŮZKA / 2 /

1.

A) muž by se ženou **sešel** na další schůzku B) muž by se ženou na další **schůzku** nesešel

2.

A) žena by se s mužem **sešla** na další schůzku B) žena by se s mužem na další schůzku **nesešla**

3.

A) muž by **měl** zájem navázat se ženou B) muž by **neměl** zájem navázat se ženou
dlouhodobý vztah dlouhodobý vztah

4.

A) žena by **měla** zájem navázat s mužem B) žena by **neměla** zájem navázat s mužem
dlouhodobý vztah dlouhodobý vztah

SCHŮZKA / 3 /

1.

A) muž by se ženou **sešel** na další schůzku B) muž by se ženou na další **schůzku** nesešel

2.

A) žena by se s mužem **sešla** na další schůzku B) žena by se s mužem na další schůzku **nesešla**

3.

A) muž by **měl** zájem navázat se ženou B) muž by **neměl** zájem navázat se ženou
dlouhodobý vztah dlouhodobý vztah

4.

A) žena by **měla** zájem navázat s mužem B) žena by **neměla** zájem navázat s mužem
dlouhodobý vztah dlouhodobý vztah

SCHŮZKA / 4 /

1.

A) muž by se ženou **sešel** na další schůzku B) muž by se ženou na další **schůzku** nesešel

2.

A) žena by se s mužem **sešla** na další schůzku B) žena by se s mužem na další schůzku **nesešla**

3.

A) muž by **měl** zájem navázat se ženou B) muž by **neměl** zájem navázat se ženou
dlouhodobý vztah dlouhodobý vztah

4.

A) žena by **měla** zájem navázat s mužem B) žena by **neměla** zájem navázat s mužem
dlouhodobý vztah dlouhodobý vztah

SCHŮZKA /5/

1.

A) muž by se ženou **sešel** na další schůzku B) muž by se ženou na další **schůzku** nesešel

2.

A) žena by se s mužem **sešla** na další schůzku B) žena by se s mužem na další schůzku **nesešla**

3.

A) muž by **měl** zájem navázat se ženou B) muž by **neměl** zájem navázat se ženou
dlouhodobý vztah dlouhodobý vztah

4.

A) žena by **měla** zájem navázat s mužem B) žena by **neměla** zájem navázat s mužem
dlouhodobý vztah dlouhodobý vztah

SCHŮZKA /6/

1.

A) muž by se ženou **sešel** na další schůzku B) muž by se ženou na další **schůzku** nesešel

2.

A) žena by se s mužem **sešla** na další schůzku B) žena by se s mužem na další schůzku **nesešla**

3.

A) muž by **měl** zájem navázat se ženou B) muž by **neměl** zájem navázat se ženou
dlouhodobý vztah dlouhodobý vztah

4.

A) žena by **měla** zájem navázat s mužem B) žena by **neměla** zájem navázat s mužem
dlouhodobý vztah dlouhodobý vztah

Příloha 6: Screening participanta výzkumné skupiny před vyšetřením

Otázky pro screening PARTICIPANTA EXPERIMENTÁLNÍ SKUPINY před vyšetřením

Jméno a příjmení:

Číslo testu:

Otázka	V případě výběru tučně vyznačené odpovědi není jedinec vhodným uchazečem. Netučně vyznačené odpovědi ANO – k posouzení.	Poznámka + dodatečné informace k odpovědím
1. Byl/a jste Vy sám/sama někdy psychiatricky léčen/a (ambulance, hospitalizace)?	ANO - NE	Na odpovědi nezáleží.
2. Užíval/a jste v minulosti psychofarmaka?	ANO - NE	Na odpovědi nezáleží.
2. Byli Váš vlastní otec, matka, bratr nebo sestra psychiatricky léčeni?	ANO - NE	Na odpovědi nezáleží.
3. Měl/a jste v posledních 12 měsících problémy s nadměrným užíváním nebo závislostí na alkoholu?	ANO - NE	
4. Měl/a jste v posledních 12 měsících problémy s nadměrným užíváním nebo závislostí na drogách (např. marihuana, pervitin...)?	ANO - NE	
5. Nadužíval/a jste v posledních 12 měsících nějaké léky? Pokud ano, jaké?	ANO - NE	K individuálnímu posouzení!
6. Trpíte nějakou tělesnou chorobou? Pokud ano, jakou?	ANO - NE	Pro nepřijetí podmínka: choroba, která ovlivňuje kognici!
7. Měl/a jste někdy epileptický záchvat?	ANO - NE	V případě kladné odpovědi nutná konzultace.
8. Byl/a jste někdy více než 5 minut v bezvědomí?	ANO - NE	V případě kladné odpovědi nutná konzultace.
9. Víte, zda Vám byly laboratorně prokázány abnormality štítné žlázy?	ANO - NE	
10. ŽENY: Jste těhotná?	ANO - NE	

kontakt (telefon, případně email):

Screening provedl/a:

Příloha 7: Screening participanta kontrolní skupiny před vyšetřením

Otázky pro screening PARTICIPANTA KONTROLNÍ SKUPINY před vyšetřením

Jméno a příjmení:

Číslo testu:

Otázka	V případě výběru tučně vyznačené odpovědi není jedinec vhodným uchazečem. Netučně vyznačené odpovědi ANO – k posouzení.	Poznámka + dodatečné informace k odpovědím
1. Byl/a jste Vy sám/sama někdy psychiatricky léčen/a?	ANO - NE	
2. Užíval/a jste v minulosti nebo užíváte v současnosti psychofarmaka?	ANO - NE v minulosti ANO - NE v současnosti	Pokud bere v současnosti, nemůže se zúčastnit! Minulost k posouzení!
2. Byli Váš vlastní otec, matka, bratr nebo sestra psychiatricky léčeni?	ANO - NE	Na odpovědi nezáleží.
3. Měl/a jste v posledních 12 měsících problémy s nadměrným užíváním nebo závislostí na alkoholu?	ANO - NE	
4. Měl/a jste v posledních 12 měsících problémy s nadměrným užíváním nebo závislostí na drogách (např. marihuana, pervitin...)?	ANO - NE	
5. Nadužíval/a jste v posledních 12 měsících nějaké léky? Pokud ano, jaké?	ANO - NE	
6. Trpíte nějakou tělesnou chorobou? Pokud ano, jakou?	ANO - NE	Pro nepřijetí podmínka: choroba, která ovlivňuje kognici!
7. Berete v současnosti nějaké léky, které ovlivňují Vaši náladu, výkonost?	ANO - NE	
8. Měl/a jste někdy epileptický záchvat?	ANO - NE	V případě kladné odpovědi nutná konzultace.
9. Byl/a jste někdy více než 5 minut v bezvědomí?	ANO - NE	V případě kladné odpovědi nutná konzultace.
10. Víte, zda Vám byly laboratorně prokázány abnormality štítné žlázy?	ANO - NE	
11. ŽENY: Jste těhotná?	ANO - NE	

kontakt (telefon, případně email):

Příloha 8: Informovaný souhlas pro participanta

Informovaný souhlas s účastí ve výzkumném projektu *Pozitivní vliv deprese na řešení analytických problémů*

NÁRODNÍ ÚSTAV DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ

- 1) Byl/a jsem seznámen/a s informacemi o výzkumném projektu *Pozitivní vliv deprese na řešení analytických problémů* a porozuměl/a jsem údajům v něm obsaženým. Všechny mé dotazy a připomínky byly zodpovězeny k mé spokojenosti.
- 2) Jsem si vědom/a toho, že má účast ve výzkumném projektu je zcela dobrovolná.
- 3) Údaje získané pomocí dotazníků budou pro potřeby studie anonymizované pomocí číselného kódu a posléze použity výhradně k výzkumným účelům.
- 4) Jsem si vědom/a toho, že svůj souhlas s účastí ve výzkumném projektu mohu stáhnout kdykoli bez udání důvodu.
- 5) Byl/a jsem seznámena se skutečností, že sběr dat bude probíhat ve třech časových intervalech (2x v průběhu 1 měsíce a poté cca za 2 měsíce).

.....
Jméno, příjmení a datum
(vlastní rukou pokusné osoby)

.....
Podpis

.....
Jméno a příjmení výzkumníka

.....
Podpis

Příloha 9: Demografický dotazník

Demografický dotazník

NÁRODNÍ ÚSTAV DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ

Vámi poskytnuté informace budou použity výhradně pro účely výzkumu, všechny informace budou anonymizovány.

PŘÍJMENÍ:

JMÉNO:

POHLAVÍ: muž (1)

(prosím zakroužkujte) žena (2)

VĚK:

NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ:

(prosím zakroužkujte)

Základní	Středoškolské bez maturity	Středoškolské s maturitou	Vysokoškolské bakalářský titul	Vysokoškolské magisterský titul
----------	-------------------------------	------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------

SOUČASNÁ PRACOVNÍ POZICE:

STAV: svobodný / á rozvedený / á

(prosím zakroužkujte)

ženatý / vdaná

vdovec / vdova